



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

AFRONTAMIENTO Y AGRESIVIDAD EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.MERIDA -VENEZUELA

AUTORA:
YAJAIRA HERNÁNDEZ MALDONADO

Madrid, 29 Septiembre 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

AFRONTAMIENTO Y AGRESIVIDAD EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.MERIDA -VENEZUELA

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado
de Doctor en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

AUTOR:

Yajaira Hernández Maldonado.

DIRECTOR DE TESIS

José María Poveda de Agustín

TUTOR

Rubén Castellano

Mérida – Venezuela

29 septiembre 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que Doña Yajaira Hernández Maldonado, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo:

“AFRONTAMIENTO Y AGRESIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.MERIDA –VENEZUELA”.
Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, 29 Septiembre de 2013

DEDICATORIA

A mi Madre y Hermana, luceros que desde el infinito iluminan mi camino.

A mi Padre, una bendición de Dios.

A mi Familia, uno de mis más preciados tesoros.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de Madrid por abrirme sus puertas.

A la Universidad de Los Andes, por darme la oportunidad de realizar un sueño.

A los Drs José María Poveda de Agustín y Jesús María Poveda de Agustín.

Al Dr. Rubén Darío Castellano, Tutor de mi Tesis, por toda su motivación y apoyo en la realización de este trabajo. Mil Gracias.

A mis compañeros del Departamento de Toxicología y Farmacología de la Universidad de Los Andes, por toda su solidaridad.

A mis compañeros del Doctorado, por compartir esta enriquecedora y linda experiencia.

A los estudiantes, razón de ser de este estudio.

A todas aquellas personas que comparten con alegría este logro.

A todos mil gracias

“Después de escalar una gran colina,
uno se encuentra solo con que hay
muchas más colinas que escalar”

Nelson Mandela

Resumen

Con el objeto de establecer la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y Agresividad en Estudiantes de la Escuela de Bioanálisis en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes, se realizó una investigación de campo, descriptiva y transversal. La información se obtuvo de la aplicación de los Cuestionarios: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y el Cuestionario de Agresión Humana (AQ-R). Mediante un método de muestreo estratificado, considerando tres periodos de la carrera como los estratos: inicial, medio y final, en una muestra de 319 estudiantes: 262 regulares y 57 repetidores, edades entre 17 y 38 años. El 82,76 % del género femenino y 17,24% masculino. Los objetivos propuestos fueron: 1) Identificar las Estrategias de Afrontamiento de los estudiantes. 2) Evaluar cuatro aspectos de la conducta agresiva: Agresión Verbal, Agresión Física, Ira y Hostilidad. Los resultados muestran: 1) Los estudiantes repetidores presentan mayor afrontamiento pasivo del estrés, autocrítica y retirada social con respecto a los estudiantes regulares. 2) La hostilidad se presenta en mayor medida en los estudiantes repetidores con respecto a los regulares con una $p = 0,009$ de significancia. Se concluye que el afrontamiento pasivo está relacionado positivamente con la agresión. Los resultados de este estudio podrán generar estrategias de intervención y prevención en los comportamientos agresivos de los estudiantes.

Palabras claves: afrontamiento, agresividad, estudiantes.

Abstract

In order to establish the relationship between coping strategies and Aggression in Bioanalysis Students at the Faculty of Pharmacy and Bioanalysis, University of Los Andes. We conducted a field study, descriptive and transversal. The information was obtained from the application of the Questionnaires: Coping Strategies Inventory (CSI) and the Human Aggression Questionnaire (AQ-R). Using a stratified sampling method, considering three periods of the career as the strata: initial, medium and end, in a sample of 319 students: 262 regular and 57 repeaters, aged between 17 and 38 years. The 82.76% female and 17.24% male. The objectives were: 1) Identify the Coping Strategies of students. 2) To evaluate four aspects of aggressive behavior: Verbal Aggression, Physical Aggression, Anger and Hostility. The results show: 1) Students repeaters have higher passive stress coping, self-criticism and social withdrawal compared to regular students. 2) Hostility appears more in repeaters students regarding regular with significance $p = 0.009$. We conclude that passive coping is positively related to aggression. The results of this study will be able to generate intervention and prevention strategies in the aggressive behaviors of students.

Keywords: coping, aggression, students.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS.....	XV
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	XVI
CAPÍTULO 1	18
1.1. Introducción.....	19
1.2. Justificación.....	24
1.3. Antecedentes.....	25
1.4. Bases legales.....	34
1.4.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.....	34
1.4.2. Ley Orgánica de Salud.....	34
1.4.3. Ley de Universidades.....	35
1.4.4. Ley del Ejercicio del Bioanálisis.....	36
1.4.5. Código de Ética y Deontología del Bioanálisis.....	37
1.5. Glosario.....	38

CAPÍTULO 2. Estrés y Afrontamiento.....	41
2.1. El estrés.....	42
2.2. Tipos de estrés.....	45
2.3. Respuestas al estrés.....	46
2.4. El estrés académico	49
2.5. Respuestas al estrés académico.....	51
2.6. El síndrome Burnout	53
2.7. Afrontamiento	56
2.8. Estilos de afrontamiento.....	57
2.9. Estrategias de afrontamiento.....	58
2.10. Variables Moduladoras.....	62
2.10.1. Factores Internos.....	63
2.10.2. Factores Externos.....	66
2.11. Diferencias entre géneros.....	67
CAPÍTULO 3. Agresividad.....	69
3.1. Definiciones operativas.....	72
3.2. Tipos de agresión.....	74
3.3. Teorías de la agresión	75
3.3.1. Teoría del Instinto.....	75
3.3.2. Teoría Etológica.....	76
3.3.3. Teoría Biológica.....	76
3.3.4. Teoría de la Frustración.....	77
3.3.5. Modelo de la Transferencia de Excitación.....	80

3.3.6. Teoría social del Aprendizaje.....	79
3.3.7. Modelo General de la Agresión.....	79
3.4. Factores Implicados en la Agresión.....	80
3.4.1. Factores Individuales.....	83
3.4.2. Factores Ambientales.....	86
3.4.3. Factores Sociales y Culturales	87
CAPÍTULO 4. Métodos y Diseño.....	90
4.1. Objetivos de la Investigación.....	91
4.1.1. Objetivo General.....	91
4.1.2. Objetivos Específicos.....	91
4.2. Metodología.....	91
4.2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	91
4.2.2. Población Estudiada.....	91
4.2.3. Procedimiento de recolección de datos.....	92
4.2.4. Variables de estudio.....	92
4.2.5. Métodos e Instrumentos.....	93
4.3. Técnica de análisis de datos.....	95
CAPÍTULO 5. Resultados.....	96
5.1. Análisis de las Estrategias de Afrontamiento.....	99
5.2. Análisis de la Conducta Agresiva.....	106
5.3. Relación entre las estrategias de afrontamiento y agresividad.....	110

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	119
CONCLUSIONES.....	126
RECOMENDACIONES.....	128
BIBLIOGRAFÍA.....	129
ANEXOS.....	142

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.	
Distribución de estudiantes de la Escuela de Bioanálisis	
Por Género, según grupo de edad	97
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	
Tabla N° 2.	
Distribución estudiantes de la Escuela de Bioanálisis	
Por período cursado, según condición de estudiantes	98
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	
Tabla N° 3.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por género.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	100
Tabla N° 4.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por período	
cursado de la carrera.	103
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	
Tabla N° 5.	
Comparación múltiple subescala pensamiento desiderativo por período	
cursado de la carrera.	104
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	
Tabla N° 6.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por condición de	
estudiante.	105
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	
Tabla N° 7.	
Comparación de la conducta agresiva por género.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	106
Tabla N° 8.	
Comparación de la conducta agresiva por condición del estudiante.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	109
Tabla N° 9.	
Transformación de la conducta agresiva.	110
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	

Tabla N° 10.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por grupos de agresión física.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	112

Tabla N° 11.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por grupos de agresión verbal.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	114

Tabla N° 12.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por grupos de hostilidad.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	116

Tabla N° 13.	
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por grupos de ira	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	118

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	
Puntaje promedio de las escalas de afrontamiento por grupo de edad.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	101

Gráfico N° 2	
Puntaje promedio de las subescalas de afrontamiento por grupo de edad.	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	102

Gráfico N° 3	
Puntaje promedio de las conductas agresivas por grupo de edad	
Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	107

Gráfico N° 4	
Puntaje promedio de las conductas agresivas por período cursado. Facultad de Farmacia y Bioanálisis – ULA. Año 2011.....	108

ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

Fig.1. Etapas del estrés según Selye tomado de Campos (2007).....	43
Fig.2. Modelo procesual del estrés, Sandín (1999). Tomado de Casuso, (2011).....	46
Fig.3. Modelo General de la Agresión.....	81
Cuadro 1. : Efectos del Estrés sobre la salud tomado de García Guerrero (2011).....	48

Estructura de la tesis

La siguiente tesis se ha estructurado en V capítulos para su mejor comprensión:

Capítulo I: comprende la introducción donde se plantea al estrés como generador de problemas de salud y trastornos conductuales, se hace referencia a los principales antecedentes del estudio, así mismo se plantea la justificación del trabajo, las bases legales para la realización del estudio: Constitución Nacional, Ley Orgánica de Salud, Ley de Universidades, Ley de Ejercicio del Bioanálisis, Código Deontológico del Bioanálisis y el glosario con los términos más utilizados.

Capítulo II: se aborda y discute el tema sobre el estrés, tipos de estrés, respuestas al estrés, se plantea lo concerniente al estrés académico y sus respuestas, se hace una breve referencia al síndrome de Burnout con el enfoque académico, se define afrontamiento, estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento y se analizan las variables moduladoras.

Capítulo III: comprende y desarrolla el tema agresividad, con sus definiciones operativas, se hace un resumen sobre las principales teorías de la Agresión. Se discute sobre los factores influyentes en la agresión humana, y finalmente analiza los factores de riesgos que influyen en la agresión.

Capítulo IV: se aborda lo referente a la metodología de la investigación. Se describe detalladamente el tipo y diseño de investigación, además se señala la herramienta con la cual fueron procesados los datos obtenidos, especificando los parámetros empleados. Por ser este tipo de investigación aplicable a una población muestral y obtener de la misma datos que permiten recopilar mediante el uso de instrumentos tales como “Inventario de Estrategias de Afrontamiento”

(CSI) y el “Cuestionario de Agresión Humana” (Gallardo-Pujol y cols, 2006) adaptación para Venezuela: Castellano y Castellano (2009).

Capítulo V: se muestran los resultados y se realiza la discusión de los mismos comparándolos con los antecedentes de la investigación. Se concluye ésta investigación proponiendo algunas recomendaciones y finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

Introducción

Capítulo 1

I.1. Introducción

En la actualidad existe mayor preocupación en el mundo científico por las diversas patologías generadas por el estrés. El acelerado ritmo de vida contemporáneo vincula al estrés con una serie de situaciones cotidianas, en este sentido el estrés tiene un origen multifactorial. Cada sujeto lo percibe y afecta de manera individual, la respuesta a la reacción al estrés está determinada por los diferentes patrones psicológicos existentes.

Aunque originalmente el estrés es un término que nace en la física (Román y Hernández, 2011) el mismo ha pasado a formar parte de nuestro lenguaje cotidiano, como señala Dahab, Rivadeneira y Minici (2010), estar estresado puede equivaler a estar ansiosos, enojados, preocupados, cansados, fastidiosos, mal dormidos entre otros tantos adjetivos por los que habitualmente se usa la palabra “estrés”.

Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción entre cada persona y su medio. En dicha interacción, cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de los factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso (Lazarus y Folkman, 1984; Rodríguez, 2006). Cuando una situación es percibida como estresante por el individuo, este desarrolla una serie de respuestas para enfrentarla que es conocida como *Estrategias de afrontamiento*. (Rodríguez, 2006).

El afrontamiento ha sido definido por Lazarus y Folkman (1984) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, para manejar las demandas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona”. El afrontamiento tiene una función adaptativa que se refleja cuando las personas logran mejorar las respuestas corporales, disminuir las reacciones emocionales negativas, aumentar las

emociones positivas, reforzar la autoestima, solucionar el problema y mejorar el funcionamiento y el ajuste social. (Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio y Botero, 2009).

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Martín, Jiménez y Fernández –Abascal, 2012). La diversidad de estas conductas está destinada a restituir el equilibrio entre el individuo y el ambiente o por lo menos a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias que de éste derivan. Según Giordano y Everly (1986) las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero erosionan la salud a largo plazo (Martín et al., 2012). Un elevado nivel de estrés afecta el sistema inmune y al igual que la ansiedad puede llevar a asumir otros comportamientos de riesgo para la salud, como fumar, beber alcohol de manera excesiva, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios. (Lema et al., 2009).

Para la mayoría jóvenes, el inicio de la vida universitaria representa una etapa excitante, entusiasta, que comienzan con muchos sueños, expectativas, retos y metas por cumplir, sin embargo para otros puede llegar a experimentar muchos miedos e incertidumbre. Esta nueva etapa en la vida de los individuos comienza con la transición de adolescente a adulto joven y representa una etapa de muchos cambios emocionales.

El nuevo “escenario” académico universitario que surge está centrado en el aprendizaje y en el desarrollo de múltiples competencias por parte del alumnado, en su autonomía, en la calidad y en el logro académico y constituye un marco inigualable para el estudio del estrés académico. En este sentido debemos tener presente que las modificaciones metodológicas necesarias en los procesos de enseñanza y aprendizajes asociados a la educación superior (planificación,

actividades y tareas, evaluación, interacción, entre otros), exigirán procesos de adaptación por parte de los estudiantes para alcanzar los objetivos académicos y adaptarse al nuevo sistema, todo lo cual contribuirá a generar estrés. Así lo afirma Casuso (2011) cuando refiere que el estrés y la ansiedad de los estudiantes a menudo se asocian con las expectativas académicas y el rendimiento, y con factores sociales, como la sociedad, los problemas financieros y el tiempo limitado disponible para la familia y amigos. Según Preciado –Serrano (2010), este estilo de vida convierte a las personas vulnerables a alteraciones, tanto a nivel fisiológico, cognitivo-afectivo, como conductual. Todas estas circunstancias generan cansancio emocional como expresión básica del síndrome burnout que se relaciona directamente con el estrés académico. Esta situación puede llegar a afectar la salud y calidad de vida del estudiante.

La calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general del individuo y las sociedades. Este término aparece alrededor de 1975, su origen ocurre en la medicina y luego se expande hacia la sociología y la psicología (Marín, Franco, Vinaccia, Tobón, y Sandín, 2008). La Organización Mundial de la salud ha definido este concepto como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” Organización Mundial de la Salud en el evaluación de la calidad de vida (WHOQOL-BREF, 1998). Este amplio concepto se ha utilizado en diferentes áreas como: la salud física, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. En este sentido, se proyecta una extensión de la calidad de vida en diferentes facetas y disciplinas valorando elementos tales como la salud, la alimentación, la educación, la vivienda, el vestido, el ocio y los derechos humanos, entre otros. Por lo tanto, si la calidad de vida y la salud psicofísica del estudiante se ve afectada, esto actuará en detrimento de su futuro profesional y social.

El ejercicio de la profesión del Bioanálisis consiste en los análisis de muestras provenientes de seres humanos, realizado mediante métodos científicos y tecnología propios del laboratorio clínico, para suministrar datos al proceso de diagnóstico de enfermedades, prevención y su terapéutica (Ley del ejercicio del Bioanálisis, art.2, 1993). Desde las aulas y en su etapa de formación, se adiestra al estudiante para que, como profesional se desempeñe como agente de cambio social, se le inculca el respeto a la vida y la integridad del ser humano. La intención es preparar al joven para asumir la responsabilidad que le corresponde. El estudio de la licenciatura en Bioanálisis presenta una gran exigencia por su programa curricular, lo que podría originar un gran estrés académico en el estudiante y éste, aunado al estrés cotidiano, podría ser percibido como una situación altamente estresante. La mayoría de los estudiantes de pregrado de bioanálisis ingresan a la universidad apenas terminando la adolescencia. Etapa del ser humano que suele ser conflictiva como resultado de los diferentes cambios que presenta el individuo y en la cual surgen trastornos emocionales, como alteraciones en el estado de ánimo, frustraciones, ansiedad, entre otros. Es decir, si estos jóvenes no son bien orientados podrían ser inducidos al uso de sustancias nocivas para la salud física y mental, con la consecuente repercusión en su comportamiento social y rendimiento académico.

Otro aspecto es, el comportamiento agresivo que suele presentarse en distintos lugares: hogar, escuela y comunidad, y que provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. (Samper, Tur, Mestre y Cortés, 2008). La conducta agresiva es considerada un fenómeno complejo, como resultado de múltiples factores que contribuyen a diferentes manifestaciones agresivas. Por todo ello, este fenómeno ha sido objeto de numerosas investigaciones con la finalidad de comprender los mecanismos básicos que causan y regulan dicha conducta. (Bandura, Barbaranelli, Caprara, Pastorelli y Regalia, 2001).

A nivel mundial, la violencia como forma extrema de la agresión en sus múltiples facetas y dimensiones alcanza cotas considerables. Nuestro país, Venezuela, no escapa de estos niveles altos de violencia por lo que se hace importante evaluar la agresividad en jóvenes universitarios, población más vulnerable y relacionar esta conducta agresiva a las diversas estrategias de afrontamiento que tienen los estudiantes ante diversos estresores en sus vidas. Este es el propósito principal de este trabajo.

Al iniciar la vida universitaria los jóvenes se ven inmersos en nuevas experiencias, expectativas y exigencias a las cuales no están habituados. En la mayoría de los casos, el comenzar estudios universitarios puede indicar separación del núcleo familiar y es evidente que adquieren nuevas responsabilidades. Es un desafío que puede originar ansiedad y un gran estrés que de no ser afrontado adecuadamente podría afectar negativamente en la salud física o mental del estudiante.

La dinámica evolutiva del sistema educativo, sugiere cambios constantes al cual el estudiante debe adaptarse. Los estudiantes universitarios no siempre poseen las estrategias de afrontamiento adecuadas para controlar el nuevo ambiente al cual se enfrentan, lo cual podría afectar su salud mental y física al adquirir malos hábitos, sea por trastornos alimenticios, trastornos del sueño, usos de sustancias nocivas como alcohol, tabaco y otras drogas, transformándolo muchas veces en un individuo agresivo con su entorno social, núcleo familiar, compañeros y pacientes y todo ello repercutiendo negativamente en su rendimiento académico. Un elevado nivel de estrés afecta el sistema inmune y al igual que la ansiedad, puede llevar a asumir los comportamientos de riesgo antes entendidos. (Lema et al., 2009).

Cabe agregar que reportes internos de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis indican que los estudiantes de la escuela de Bioanálisis han disminuido paulatinamente su índice académico, por lo que es necesario e interesante hacer

una revisión de las causas que están influenciando en esta circunstancia y aunque a este hecho podrían adjudicársele muchos factores, se hace pertinente investigar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes. Se plantea y luego de haber expuesto todas las circunstancias que rodean el ingreso de los estudiantes a la Universidad, que el estrés podría ser un factor influyente en esta eventualidad.

1.2. Justificación

Iniciarlos estudios de una profesión es una circunstancia que puede considerarse como potencial generadora de estrés, que puede afectar el bienestar psicológico de los estudiantes, verse comprometido en su salud física, o mental y en su rendimiento académico. Los estudiantes de ciencias de la salud, son promotores de salud, y como tales deben ser garantes de una buena salud mental. Además del estudio de las materias a cursar, el estudiante debe enfrentarse al contacto directo con el paciente en diferentes instituciones sanitarias. Las universidades, además de cumplir el reto de formar profesionales capaces de constituir sociedades sólidas y de progreso, tienen como desafío ser un ambiente donde que propicie comportamientos saludables y que redunde en la calidad de vida, no sólo de la comunidad universitaria sino de la sociedad en general.

El incremento de la agresividad en los estudiantes universitarios, especialmente en la adolescencia, ha suscitado programas educativos dirigidos a inhibir estas conductas desadaptadas y potenciar valores como la tolerancia (Latorre y Jurado, 2003 en Samper et al., 2008). Esta circunstancia justifica la necesidad de actuar en las comunidades universitarias para que se desarrollen valores relacionados con la libertad, la igualdad, la tolerancia, la solidaridad y el respeto a las diferencias. Aunque son escasos los trabajos de investigación sobre el estrés y estrategias de afrontamiento en la Universidad de Los Andes y especialmente en lo se refiere a la agresividad no existen, lo que justifica la pertinencia de este trabajo y lo interesante y útil que pueden ser sus resultados.

Resulta valioso conocer el nivel de agresividad que presentan los estudiantes y cuales estrategias de afrontamiento utilizan para manejar las situaciones conflictivas y así a partir de los resultados de esta investigación crear programas de educación, prevención y de intervención en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis y de esta manera fortalecer los factores positivos y disminuir los factores negativos que colocan a los estudiantes en situación de riesgo y comprometen seriamente su salud psicofísica. Por tanto el producir el conocimiento apropiado que pueda aplicarse para desarrollar, favorecer y fortalecer la salud, bienestar y calidad de vida de los estudiantes, es el principal aporte de esta investigación.

1.3. Antecedentes

A continuación se exponen los algunos antecedentes sobre estrategias de afrontamiento y agresividad expresada en la literatura.

Felipe y León del Barco (2010), con el objetivo de estudiar las estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal, en la Universidad de Extremadura, España, en una muestra de 162 estudiantes conformada por 125 mujeres y 37 hombres, emplearon para ello, los cuestionarios de Escalas de Adjetivos Interpersonales (IAS) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), sus resultados arrojaron que la estrategia más utilizada fue el apoyo social, seguida por la resolución de problemas y la menos utilizada fue la retirada social. Estos resultados fueron similares tanto para las estrategias utilizadas de forma general (disposicionales) como ante el estrés interpersonal. En las escalas secundarias se halló mayor utilización de estrategias activas centradas en el problema en la situación general, mientras que en la situación interpersonal, las estrategias más utilizadas fueron las centradas en la emoción. En las escalas terciarias (estrategias activas y pasivas) no se encontraron diferencias significativas entre ambas situaciones.

Ticona, Paucar y Llerena (2010) realizaron investigación con el objeto de determinar la relación entre el nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería- UNAS, en Arequipa- Perú. La muestra estudiada fue de 234 estudiantes regulares, de primero a cuarto año, en su gran mayoría mujeres con edades comprendidas entre 19 a 20 años de edad. Utilizando los instrumentos: la Escala de Estrés de Holmes y Rahe y el Cuestionario de estimación de Afrontamiento de COPE, obtuvo como resultado que el mayor nivel de estrés se encontró fue severo (29,91%) durante el primer año de estudio, no se presentaron diferencias entre estudiantes regulares e irregulares en cuanto al nivel de estrés y las estrategias más utilizadas orientadas al problema fueron planificación y afrontamiento activo, orientadas a la emoción fueron reinterpretación positiva y crecimiento y negación, y orientadas a la percepción: desentendimiento mental y enfocar y liberar emociones. Concluyendo que el nivel de estrés se relaciona de manera significativa con el uso de estrategias enfocadas al problema, sin embargo el uso de las emociones también se relaciona de manera significativa con elevados niveles de estrés.

En 2009, González, R., González, P. y Feire, analiza cuales son las estrategias de afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud. La muestra la componen 258 estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña, España, conformado por 228 mujeres y 30 hombres, con edades entre 18 y 45, utilizando el cuestionario de estrategias de afrontamiento (A-CEA), que forma parte del Cuestionario de Estrés Académico. Los resultados revelan que la búsqueda de apoyo es la estrategia más utilizada y la menos frecuente es la reevaluación positiva, así mismo que las mujeres recurren en mayor medida al apoyo social ante situaciones conflictivas, mientras que los hombres optan por el empleo de estrategias de reevaluación positiva o de planificación de forma significativamente superior a las mujeres.

En Colombia, Espinosa, Contreras y Esguerra (2009) realizan investigación finalidad de observar la asociación entre el afrontamiento del estrés y las

dimensiones de personalidad en una muestra aleatoria estratificada de 150 estudiantes universitarios, donde el 82% estaba representado por mujeres, utilizando el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y el inventario de personalidad (TCI-125) obteniendo entre sus resultados de manera general el uso del afrontamiento activo del estrés con estrategias centrada en la resolución del problema, la reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social y un uso menor de las estrategias de afrontamiento pasivo y centrados en la emoción tales como expresión emocional abierta, autofocalización negativa y religiosidad, no así la evitación que obtuvo un puntaje alto. Confirmando que el afrontamiento al estrés guarda estrecha relación con las características de personalidad.

Balanza, Morales y Guerrero en 2009, en estudio realizado en 700 estudiantes universitarios destaca que el mayor número de trastornos depresivos corresponde a las mujeres con un 60,5%, frente a un 51,4 % de los hombres. La variable género se asocia significativamente al riesgo de sufrir ansiedad y/o depresión en este estudio, siendo la mujeres las de mayor riesgo.

En 2008, en Valencia - España, los investigadores Samper et al. realizaron estudio con el objetivo de analizar la conducta agresiva, los procesos implicados y las estrategias de afrontamiento en una muestra de 1557 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 15 años, utilizando para ello los instrumentos, Índice de Empatía para niños y Adolescentes, la Escala de Conducta Prosocial, la Escala de Inestabilidad Emocional, la Escala de Agresividad Física y Verbal y la Escala de afrontamiento para Adolescentes. Obteniendo entre sus principales resultados diferencias significativas en los comportamientos agresivos y en los recursos de afrontamiento evaluados: tales como relaciones negativas entre el nivel de agresividad física y verbal y las estrategias de afrontamiento productivo que consisten en buscar apoyo social, resolver el problema, esforzarse y tener éxito y preocuparse. La agresividad relaciona positivamente con estrategias de afrontamiento improductivo caracterizadas por falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí. En cuanto al

sexo reporta que los varones utilizan en mayor medida estrategias orientadas a la acción social mientras las chicas utilizan buscar apoyo social en mayor medida, con respecto a la conducta agresiva los varones alcanzan puntuaciones más altas que las mujeres. Concluyendo que los adolescentes con un alto nivel de agresividad utilizan en mayor medida estilos de afrontamiento improductivo, mientras que los adolescentes menos agresivos utilizan estrategias dirigidas a la resolución de problemas y en estrategias en relación con los demás.

En 2006, Barra, Cerna, Kramm y Véliz realizan estudio en Concepción (Chile) sobre problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes, en una muestra de 497 estudiantes distribuidos en 246 varones y 251 mujeres, con edades entre 14 y 18 años, y una media de 14,9 años encontrando resultados interesantes referentes al género donde se evidencia diferencias significativas para las variables estudiadas, donde las mujeres presentaron mayor número y frecuencia de problemas de salud, mayor número e impacto de eventos estresantes, así como el estrés percibido, afrontamiento aproximativo y evitativo, mayor ánimo depresivo, con la excepción al apoyo social. Indicando que estas diferencias en la percepción del estrés posiblemente se deba en gran medida a la socialización diferencial de los sexos.

Los investigadores Martín, Jiménez y Fernández (s.f) realizan estudio en España, en diferentes universidades con la finalidad de presentar algunas características y propiedades psicométricas del instrumento de “Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento” de Fernández-Abascal (1997), donde participaron 319 estudiantes universitarios, 259 mujeres y 60 hombres, con una media de edad de 21,02. En los estudios realizados para ver las diferencias entre sexos, edad, tipo de estudios, curso y tipo de institución, obteniendo entre sus resultados diferencias significativas en cuanto al sexo en tres estrategias de afrontamiento. En la estrategia de control emocional donde los hombres resultan con una media significativamente más alta que las mujeres, no siendo así para la estrategia apoyo social donde las mujeres obtienen una media superior que los hombres al

igual que para la estrategia expresión emocional donde las mujeres superan significativamente a los hombres. Los Autores relacionan la estrategia control emocional positivamente con el estilo de afrontamiento pasivo y relaciones significativas y negativas con el apoyo social, expresión emocional y estilos de afrontamiento activo. En cuanto a la diferencias entre cursos, los estudiantes del primer curso tienden a utilizar más estrategias de negación, control emocional y distanciamiento, que los otros cursos, la estrategia de negación tiende a ser más alta en estudiantes del primer y segundo con respecto al tercer curso, esta estrategia representa una ausencia de aceptación del problema.

En Venezuela se han realizado los siguientes trabajos de investigación:

En 2010, Rivas con la finalidad de analizar las estrategia de afrontamiento que utilizan los estudiantes de medicina, de la Universidad de Los Andes, realiza investigación, utilizando una muestra de 207 estudiantes, de 1°,3°y 6°año y distribuido en un 65% de género femenino, aplicando el inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano y colaboradores (2007). Los resultados evidenciaron que la mayoría de los estudiantes utilizaron la estrategia de resolución de problemas, seguida de reestructuración cognitiva y apoyo social, evidenciando relación estadísticamente significativa entre la estrategia pensamiento desiderativo y año de estudio. Concluyendo que los estudiantes presentaron manejo adecuado de las estrategias de afrontamiento centrado en la resolución de problemas.

Salas (2010) realiza investigación con el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés en los estudiantes de odontología de la Universidad de Los Andes, utiliza para tal fin una muestra de 30 alumnos, de los cuales 9 fueron del género masculino y 21 del femenino, de 1°,3° y 5° año. Aplicó el instrumento de Estrategias de afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano y colaboradores (2007). Los resultados reflejaron que los estudiantes utilizan el apoyo social como estrategia primaria en

cada año, seguida por el manejo adecuado centrado en la emoción en 1° y 3° año y en 5° año el manejo adecuado en el problema. En el 1° y 3° año las estrategias más utilizadas fueron el apoyo social seguido por pensamiento desiderativo, a diferencia del 5° año donde predominó el apoyo social y resolución de problemas. Concluyendo que los estudiantes presentan un manejo adecuado al afrontar el estrés, centrado en la emoción utilizando el apoyo social como estrategia primaria.

En el 2008, la investigación realizada en Caracas por Feldman, Goncalve, Chacón, Zaragoza, Bagés y De Pablo, con la finalidad de evaluar la relación entre el estrés académico, el apoyo social la salud mental y el rendimiento académico, sobre una muestra de 442 estudiantes universitarios, cursante de los primeros años de carreras técnicas, de los cuales 321 contestaron correctamente, quedando la muestra finalmente distribuida en 135 mujeres y 186 hombres, utilizando siguientes instrumentos: Cuestionario sobre estrés académico (De Pablo y colaboradores, 2002), Cuestionario de Apoyo Social (Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom, 1987), Cuestionario de Salud general de Goldberg (GHQ) reportó que los estudiantes de mayor edad presentaron menos estrés académico, menor percepción de apoyo de amigos y menor indicadores de depresión. En cuanto al género que las mujeres presentaron mayor intensidad de estrés académico, más indicadores de problemas de salud mental en general y síntomas de depresión, que los hombres, sin embargo, las mujeres reportaron mayor percepción de apoyo social en la escala global, específicamente apoyo proveniente de personas cercanas y de la familia.

En 2008, Herrera y Guarino, realizan trabajo con el objeto de relacionar la sensibilidad emocional, el estrés, y la salud percibida en cadetes de la Escuela Naval de Venezuela, con una muestra de 130 cadetes distribuidos en 31 mujeres y 99 hombres a quienes se evaluó su grado de estrés, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional, con el objeto de establecer la relación de estas variables con su salud. Utilizando para ello la Escala de situaciones de estrés (The Hassles Scale Kanner, Coyne, Shafraer y Lazarus, 1981), Cuestionario de afrontamiento

(CSQ), Escala de sensibilidad egocéntrica negativa (SEN), Inventario de síntomas físicos de Cohen-Hoberman (CHIPS), lista de chequeo del estado de salud (HSC). Reportando que los estudiantes emplean formas de afrontamiento activo y racionales para enfrentar eventos estresantes académicos, mientras que para las situaciones interpersonales utilizan el afrontamiento más emocional y evitativo, apoyan hallazgos previos sobre la relación positiva del estrés y el deterioro en la salud percibida de los cadetes. Igualmente, se encontró una relación significativa entre la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) y las dimensiones del estrés, sugiriendo que las personas con esta característica perciben más situaciones estresantes y en forma más intensa.

Rodríguez, en 1997 investiga sobre los efectos de un plan de técnicas de estudio en una muestra de 45 estudiantes del primer semestre de la Escuela de Enfermería, en la Universidad Occidental Lisandro Alvarado de Barquisimeto, estado Lara, reportando que los estudiantes expresaron como el evento académico más estresante el “presentar exámenes” y utilizaron estrategias de afrontamiento al estrés más dirigidas al manejo emocional que al manejo del problema, se identificaron estrategias de afrontamiento al estrés inadecuadas y hábitos de estudio inefectivo.

Algunos antecedentes encontrados en la literatura referentes a la agresividad:

En Argentina, Reyna, Lello, Sánchez, y Brussino (2011), validaron el cuestionario de agresión de Buss-Perry en adolescentes argentinos, en una muestra de 371 estudiantes, 134 hombres y 237 mujeres, reportando que los hombres mostraron valores más altos de agresión física que las mujeres, por otra parte las mujeres mostraron valores más altos de ira .

Sommantico, Osorio, Parello, De Rosa, y Donizzetti (2008), realizaron la validación de la versión italiana del cuestionario de agresión (AQ), utilizando una

muestra de 860 estudiantes, 41% de varones y 59% de mujeres, reportando como resultado un mayor puntaje medio de la agresividad (física y verbal) y la hostilidad en los varones mientras que en las mujeres son mayores los puntajes en la subescala ira.

Los investigadores Sierra y Gutiérrez en 2007, realizaron la validación de la versión española del cuestionario de agresión de Buss-Perry en 418 estudiantes universitarios salvadoreños, conformada por 45,93% de hombres y 54,07% mujeres que representaban la muestra 1 y una muestra 2 constituida por 1.446 estudiantes donde el 46,6% eran hombres y el 53,4% fueron mujeres. Resultando la mayor puntuación en agresión física en los hombres mientras que en las mujeres la mayor puntuación estuvo en componente hostilidad.

En investigación realizada por Gallardo, Kramp, García, Pérez y Andrés 2006, para la adaptación del instrumento de agresividad AQ en España en una muestra de 1047 sujetos, observó que se mostraban diferencias entre las puntuaciones de hombres y mujeres en las diferentes subescalas del AQ, resultando los hombres más agresivos que las mujeres en la escala de Agresión física, por el contrario, las mujeres resultaron más agresivas que los hombres en las escalas de Ira y Hostilidad.

En 2005, en investigación realizada por Amórtegui -Osorio con el objeto de estimar la violencia en el ámbito universitario, con un N= 500 estudiantes encuestados, donde de 496 encuesta válidas, 247 mujeres y 249 hombres, reportó que una relación significativa entre el comportamiento violento y el género masculino Se encontró que los hombres han sido actores de todos los tipos de violencia con mayor frecuencia que las mujeres: 63,2 % del tipo 1 y 82,5 % del tipo 2.

En España, García –León, Reyes, Vila, Pérez, Robles, y Ramos (2002), realizan trabajo con el objetivo de validar el instrumento de agresión (AQ) de Buss

y Perry (1992), en la población española para lo cual utilizaron una muestra de 384 estudiantes, 90 hombres y 294 mujeres, con una edad media de 21,6 años reportando como resultados que los hombres eran física y verbalmente más agresivos que las mujeres, como en el estudio de Buss y Perry (1992), pero contrariamente a lo que era de esperar las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en la subescala de la ira con el resentimiento que los hombres.

Los investigadores Castrillón y Vieco, (2002) realizaron un estudio en 500 estudiantes universitarios 258 mujeres y 242 hombres en diferentes universidades colombianas, aplicando el cuestionario de agresión AQ, entre otros, encontrando como resultado que los hombres acuden más a la agresión física y directa, mientras agresión verbal o indirecta, los porcentajes son muy similares en ambos géneros. Las mujeres evaluadas superan a los hombres en irascibilidad, estas lo superan en agresión indirecta y expresiva.

Los investigadores Andreu, Peña y Graña en 2001, desarrollan investigación para determinar la agresividad y aceptabilidad de la agresión en jóvenes y adolescentes de ambos sexos, en una muestra de 1382 jóvenes y adolescentes representados en un 49,9% mujeres y un 50,1% de hombres y edades comprendidas entre los 14 y los 30 años de edad y una edad media=18.77 años, reportando como resultados que los hombres mostraron mayor agresividad física, impulsividad y hostilidad que las mujeres, mientras que existieron diferencias menores para la agresividad verbal. Concluyendo que las mujeres prefieren utilizar otro tipo de conductas agresivas “no físicas” conocidas como “agresión indirecta.”

En investigación realizada por Ramírez, Andreu y Fujihara en 2001 con la finalidad de evaluar las diferencias de sexo y culturales en la agresión entre estudiantes japoneses y españoles utilizando dos cuestionarios de agresión y una muestra de 400 estudiantes entre hombres y mujeres en dos universidades japonesa y españolas mostrando que en ambas culturas los hombres mostraron

mayor agresión física, verbal y hostilidad, siendo los estudiantes japoneses más inclinados a la agresión física que los españoles que se manifestaron mayor inclinación a la agresión verbal, hostilidad e ira, mientras que las mujeres reportaron mayor expresividad que los hombres.

I.4. Bases Legales

Las bases legales que le dan soporte a éste trabajo son: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Ley Orgánica de Salud (1998), Ley del Ejercicio del Bioanálisis (1973) y el Código de Deontológico del Bioanálisis (1993). Se describen a continuación brevemente estas bases legales.

I.4.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Manifiesta en su artículo 83 el rango legal que adquiere la salud donde se expresa:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República

I.4.2. Ley Orgánica de Salud (1998)

Actualmente esta ley está en proceso de adaptarla a la actual constitución vigente y en sus disposiciones preliminares expresa:

Artículo 2 Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

En lo concerniente a la promoción y conservación de la Salud, en su artículo 25 expone:

Artículo 25.- La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo.

El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

I.4.3. Ley de Universidades (1971)

Si bien, velar por la salud integral del individuo es función del Estado Venezolano, la Universidad como órgano estatal, tiene entre sus funciones la formación integral del individuo por lo que debe velar por su bienestar como lo reza en el artículo 122 de la Ley de Universidades.

Artículo 122. Las Universidades deben protección a sus alumnos y procurarán por todos los medios, su bienestar y mejoramiento. A este fin, la

Universidad organizará sistemas de previsión social para el alumnado, propenderá a la creación de centros vacacionales y recreativos para los estudiantes, y de acuerdo con sus recursos, prestará ayuda a los alumnos que la requieran.

I.4.4. Ley de Ejercicio del Bioanálisis.

En Venezuela, la profesión del Bioanálisis está reglamentada para el ejercicio de la misma, bajo el marco de la Constitución de la República, en gaceta oficial del año 1973 resaltando los valores, deberes y derechos, como se expresa:

Artículo 1. El ejercicio profesional del bioanálisis se regirá por la presente Ley y su Reglamento.

Artículo 2. El ejercicio de esta profesión consiste en el análisis de muestras provenientes de seres humanos, realizados mediante métodos científicos y tecnología propia del laboratorio clínico para suministrar datos al proceso de diagnóstico de enfermedades, su prevención y terapéutica.

En Parágrafo primero, se hace referencia a que estos profesionales legalmente autorizados por la presente Ley podrán analizar, además, muestras provenientes de vegetales o animales.

En su Parágrafo tercero refiere que los análisis a que se hace referencia el presente artículo deberán ser ordenados por el profesional correspondiente, salvo en los casos de investigación científica.

Artículo 3. En el este artículo se hace referencia a los requisitos legales que debe tener el profesional para el ejercicio del bioanálisis.

Artículo 4. El Estado promoverá, a través de las universidades, la organización de los estudios a nivel de Post-grado para la formación de bionalistas especializados y de la obtención de los títulos de Post-grado.

Artículo 9. Los profesionales que ejerzan el bioanálisis deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social del bioanálisis, aportar su colaboración para la solución de problemas de salud pública y cooperar con los demás profesionales de la salud que así lo requieran.

I.4.5. Código de Ética y Deontología del Bioanálisis.

Como es conocido, toda profesión posee un Código de Ética y Deontológico, en el cual se establecen las normas que rigen para todos los profesionales y se corresponde en función de la naturaleza de la actividad profesional. El Código Deontológico del Bioanálisis expresa en función de los deberes:

Artículo 5.- Constituye deber primordial y fundamental en el ejercicio del Bioanálisis el respeto a la vida y a la integridad de la persona, con apertura, rigor y tolerancia.

Artículo 7- Es deber del profesional del Bioanálisis atender a todo paciente que solicite sus servicios sin discriminación alguna, en un todo de acuerdo a lo que se establece en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Artículo 8.- El profesional del Bioanálisis incurre en violación a este Código, al realizar o colaborar en actos que atenten contra la vida o la integridad física, psíquica o moral de la persona.

I.5. Glosario

Resulta oportuno definir algunos términos utilizados en el desarrollo del trabajo para su mejor comprensión:

Salud

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Salud mental

Según la OMS “La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.”

Calidad de vida

La OMS (1998) la define como «la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. El concepto

de calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a

través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades». (Palomba, 2002).

Bienestar

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el 'término proviene (*De bien y estar*).1. m. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.2. m. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.3. m. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

Violencia

El uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS ,2003).

Agresión

La agresión es cualquier conducta dirigida hacia otra persona que se lleva a cabo con la intención inmediata de causar daño. (Anderson y Bushman, 2002)

Agresividad

La agresividad es una disposición temperamental que forma parte de las características de la personalidad de un individuo. (Andrés-Pueyo, 1997)

Ira

La ira es una emoción o estado de ánimo (enfado) que suele acompañarse de cogniciones hostiles y gran tensión e irritación psicofisiológica. (Andrés-Pueyo, Pérez, Gallardo y García., s.f)

Hostilidad

La hostilidad, es un sentimiento que suele ser más duradero que la ira y que se dirige generalmente a un conjunto de elementos diversos y forma parte de la tonalidad del carácter de las personas y representa el componente cognitivo de la conducta. (Real Academia de la Lengua Española).

Drogas

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. (OMS, 1969).

Drogas de abuso

“Sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”. (OMS, 1982; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998).

Estrés y Afrontamiento

Capítulo 2

2.1. El estrés

Actualmente el estrés se considera un factor de riesgo para la salud. Las demandas generadas por la sociedad contemporánea, y el ritmo de vida acelerado (Grases, Trías, Sánchez y Zárate, 2010) activan respuestas del organismo que pueden resultar dañinas para la salud del individuo. (Peralta, Robles, Navarrete, y Jiménez, 2009) por lo que se ha asociado al estrés con múltiples patologías psicofísicas en el ser humano. El modo de concebir las enfermedades que afectan al individuo ha sufrido una transformación, que consiste en reconocer la interacción entre el cuerpo y la mente (Grases et al., 2010). Por lo que ha surgido una mayor preocupación por estudiar las razones por las cuales las personas expuestas a situaciones estresantes, tienden a desarrollar problemas de salud tanto física como mental (Feldman, Goncalve, Chacón, Zaragoza, Bagés y De Pablo, 2008) y de cómo estas personas hacen frente a estas situaciones difíciles y estresantes. (Chico, 2002).

El término estrés nace de la física y se refiere a la fuerza que se le aplica a un objeto que puede deformarlo o romperlo y a la resistencia que este objeto hace. Su descubrimiento se le atribuye al físico Robert Hooke en el siglo XVII, quien lo usó para indicar los riesgos en el sector de la construcción referentes a estructuras que no sean capaces de resistir fenómenos naturales. (Campos, 2007; Román y Hernández, 2011).

Los primeros reportes del término estrés aplicado a la medicina se le atribuyen al fisiólogo francés Claude Bernard a principios del siglo XIX (Román y Hernández, 2011). El estrés se desarrolla como concepto novedoso y relevante en el ámbito de la Medicina a partir de los trabajos pioneros de Hans Selye en 1949 (Selye, 1936). La Organización mundial de la Salud (OMS) lo define como “respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”. (Campos, 2007).

Según refiere Sandín (2003), Selye identificó la respuesta del estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales. Definió la respuesta del estrés en términos de activación del eje hipotálamo-hipófiso-córtico-suprarrenal, con elevación de la secreción de corticoides (cortisol) y del eje simpático-médulo-suprarrenal, como reacción a estímulos inespecíficos (estresores). Si esta activación se mantiene, se produce el síndrome del estrés, el cual está caracterizado por hiperplasia de la corteza suprarrenal, involución de timo y aparición de úlceras de estómago.

Selye establece *el Síndrome General de Adaptación*, y se refiere a todos los cambios inespecíficos que se desarrollan a través del tiempo durante una exposición continua a un alarmígeno (Sandin, 2003). El “*Síndrome General de Adaptación*” es la activación fisiológica ante el estrés y comprende tres fases consecutivas: 1) Reacción de alarma; 2) Fase de resistencia; 3) Fase de agotamiento. (Campos, 2007; García, 2011).

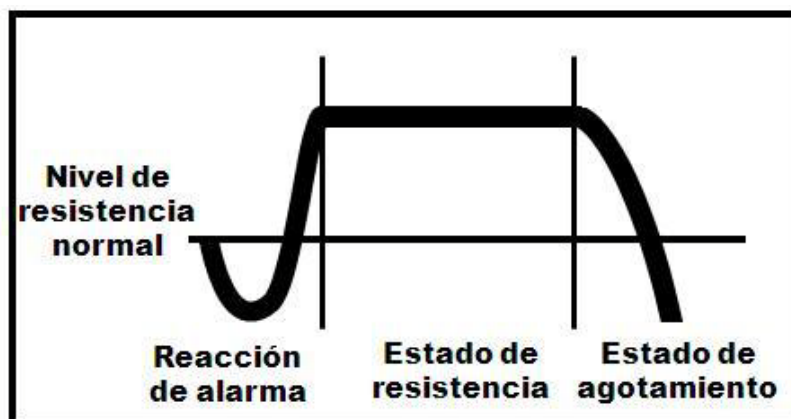


Fig.1 Etapas del estrés según Selye tomado de Campos (2007)

Reacción de alarma: Al detectarse una amenaza el cerebro estimula al hipotálamo quien produce “factores liberadores” éstas, constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada Hormona Adeno-Córtico Trófica (A.C.T.H.), que funciona como un mensajero fisiológico que va hasta la corteza de la glándula suprarrenal donde produce la cortisona u otras

hormonas llamadas corticoides. Esta es una etapa de adaptación al estímulo generador del estrés; al inicio la repuesta está por debajo del nivel normal hasta que logra superar ese nivel. (Campos, 2007; García, 2011; Naranjo, 2009).

Fase de Resistencia: Cuando un individuo se encuentra continuamente bajo la amenaza de agentes nocivos, ya sean físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo puede adecuarse a estas demandas de manera progresiva debido a la concentración de corticoides. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio entre el medio ambiente interno y externo del individuo. Si el individuo tiene la capacidad de resistir mucho tiempo no hay inconveniente; en caso contrario, la defensa ante el estresor es deficiente y avanzará a la siguiente fase. (Campos, 2007; García, 2011).

Fase de Agotamiento: Durante esta etapa puede surgir una variedad de enfermedades psicosomáticas, tales como hipertensión, derrame cerebral, úlceras, trastornos gastrointestinales, asma, cáncer, migraña, alteraciones dermatológicas, entre otras. (García, 2011; Sandin, 2003).

El concepto de estrés originó algunas controversias acerca de los aspectos en los que se orientaba su definición, Selye no toma en cuenta el comportamiento psicológico y solo se concentra en las respuestas fisiológicas. Mientras algunos investigadores debatían si lo fundamental del estrés se encontraba en la respuesta del organismo o en los estímulos y situaciones, Richard Lazarus y Susan Folkman refieren que el estrés es algo integrador y plantean el denominado “modelo cognitivo-transaccional” o “modelo interactivo” del estrés. Este planteamiento propone una definición de estrés centrada en la interacción entre la persona y su medio. Esto se refiere a un proceso de evaluación del organismo que se dirige paralelamente en dos direcciones, una hacia el ambiente y otra hacia sus propios recursos. El estrés se presenta cuando el individuo identifica una situación como amenazante y cuya dimensión sobrepasa sus propios recursos. En síntesis y pese a su enorme difusión y aceptación, el modelo cognitivo transaccional explica sólo

parcialmente el proceso de estrés, dicho de otra manera, lo hace bien cuando los sujetos son conscientes de los estresores. (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2010; García, 2011; Naranjo, 2009; Campos, 2007).

2.2. Tipos de estrés

El inicio del proceso de estrés se plantea cuando el individuo se enfrenta a un estresor, pudiendo ser éste un suceso vital, un suceso menor, estrés crónico o la combinación de ellos (Moya, Serrano, González, Rodríguez, y Salvador, 2005; Casuso, 2011). Los cambios vitales se definen como circunstancias que requieren un ajuste por parte de los individuos debido fundamentalmente a cambios en su entorno. (Sandin, 2003; Casuso, 2011).

Los sucesos vitales, al ser definidos como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste del individuo, implicaban que podían evocar primariamente reacciones psicofisiológicas. De este modo los sucesos vitales podrían definirse igualmente como cambios vitales. Los sucesos vitales suelen diferenciarse de otros estresores sociales más recurrentes y duraderos, y que actualmente se definen como estrés crónico. Los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que en la mayor parte de la gente encuentra en sus vidas diarias. Puede resultar difícil separar conceptualmente el estrés crónico de otras formas de estrés, sobre todo del estrés diario. (Sandin, 2003).

2.3. Respuestas al estrés

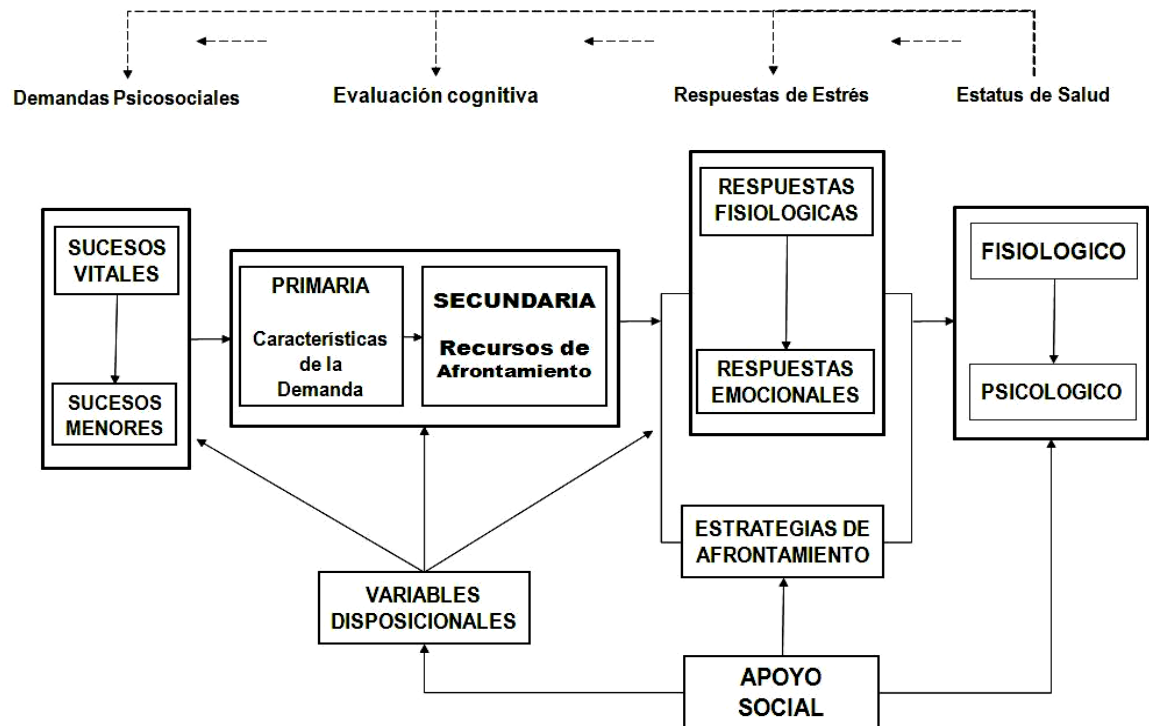


Fig. 2 .Modelo procesual del estrés, Sandín (1999). Tomado de Casuso, (2011)

Ante el estrés el individuo puede presentar respuestas de tipo fisiológico, psíquicas y conductual (Lazarus, 2000 citado en Casuso, 2011; Naranjo, 2009, Grases et al., 2010). A nivel fisiológico se pueden observar trastornos cardiovasculares, musculares, sexuales, respiratorios, endocrinos, gastrointestinales dermatológicos e inmunológicos. (Casuso, 2011; Moya et al., 2005; Naranjo, 2009).

A nivel psíquico, las respuestas al estrés más generalizadas son incapacidad para concentrarse, dificultad para toma de decisiones, ansiedad e irritabilidad entre otras. Y puede, estar asociadas a emociones como exaltación, depresión o ira, presentando el sujeto dificultad para mantenerse relajado física y psíquicamente y, además, aparecen rasgos como la intolerancia y la impaciencia. .Así mismo, problemas de salud mental. (Barraza ,2007; Naranjo, 2009).

En lo conductual se refieren aumento de empleo de medicamentos, distracción, comer en exceso o falta de apetito, trastornos de sueño, aumento de consumo de drogas o alcohol, impulsividad y agresividad. (Naranjo, 2009; Barra Cerna, Kramm, y Véliz, 2006).

Del mismo modo, Selye señaló que no todo el estrés es negativo, el mismo puede dividirse en un estrés positivo o constructivo dándole la denominación de eustrés, y el distrés cuando se refiere al estrés perturbador o perjudicial, el cual ocurre cuando la situación desborda la capacidad de control del individuo. (Naranjo, 2009).

EFFECTOS DEL ESTRÉS SOBRE LA SALUD

Alteraciones físicas (crónicas o transitorias)

Trastornos cardiovasculares
Trastornos gastrointestinales
Trastornos respiratorios
Trastornos dermatológicos
Trastornos endocrinológicos
Trastornos neurológicos (migrañas)
Desarrollo de tumores

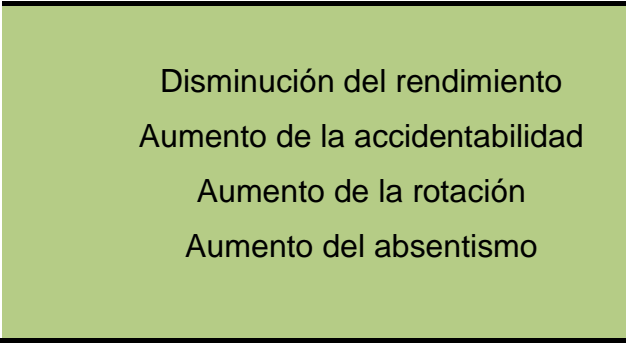
Alteraciones psicológicas y emocionales

Depresión
Ansiedad
Hostilidad
Irritabilidad
Pérdida de autoestima
Empeoramiento de síntomas ya existentes (esquizofrenia)

Alteraciones de relación

Deterioro de las relaciones interpersonales

Deterioro del desempeño
organizacional



Disminución del rendimiento
Aumento de la accidentabilidad
Aumento de la rotación
Aumento del absentismo

Deterioro de la eficacia personal

Cuadro 1: Efectos del Estrés sobre la salud tomado de García Guerrero (2011)

EL ESTRÉS ACADEMICO

2.4. El estrés académico

Diversas circunstancias en la vida de los individuos los enfrenta ante situaciones estresantes. Comenzar estudios universitarios en un principio puede ser para muchos estudiantes una experiencia positiva, un reto que asumen con muchas expectativas e ilusión. Sin embargo para otros, puede ser una experiencia estresante y de difícil manejo. Con el inicio a la universidad, los jóvenes se enfrentan a nuevos desafíos como en muchos casos son la separación de la familia y de los amigos, cambios de residencias, nuevas amistades, independencia, autonomía, entre otros. (Barraza, 2008; Casuso, 2011; Pulido Serrano, Valdés, Chávez, Hidalgo, y Vera, 2011). Aunque son escasos los trabajos sobre el estrés en estudiantes universitarios, especialmente en lo que al rendimiento académico se refiere, es evidente que la Universidad constituye un contexto con situaciones altamente estresantes. (Martín, 2007).

Los estudios universitarios representan el punto culminante del estrés académico por las altas cargas de trabajo, pero también porque coinciden con una etapa en la vida en la que el estudiante debe enfrentarse a muchos cambios en su vida (Pulido et al., 2011). En este sentido González, et al. (2010) sostienen que uno de los factores más relacionados a la aparición de estrés académico sea la sobrecarga de trabajo. Dentro de esta sobrecarga hay que diferenciar entre el exceso de trabajo y la excesiva dificultad y complejidad del mismo. Entre otras razones, el estudiante se ve sobrepasado en sus recursos como consecuencia de la limitación del tiempo disponible para dedicarlo a sus estudios, de sus propias limitaciones o como resultado de un plan de estudios con un número excesivo de asignaturas o con un grado de exigencias excesivamente elevado.

Los estudiantes son individuos integrados en un entorno social y la relación de ellos con el estrés se debe a múltiples factores. Los estudiantes deben cumplir con las exigencias académicas y para ello usualmente disminuyen sus horas de

sueño, el tiempo libre dedicado al ocio y a la recreación, o los encuentros con amigos, por lo que deben aumentar sus esfuerzos para rendir académicamente y mantener su vida personal. Para Casuso (2011), el estrés y la ansiedad de los estudiantes a menudo se asocian con las expectativas académicas y su rendimiento y con factores sociales, como la sociedad, los problemas financieros y el tiempo limitado disponible para la familia y amigos. En este orden de ideas, Barraza (2007) sostiene que lo que acontece en el mundo, la situación personal-afectiva, los aspectos biológicos-salud, la situación en el hogar y el que hacer académico en general son estresores que afectan a los estudiantes. Entendiéndose como estresores académicos todos aquellos factores o estímulos del ambiente organizacional educativo (eventos, demandas, etc.) que presionan o sobrecargan de algún modo al estudiante. (Casuso, 2011). Tales como evaluaciones constantes, exposiciones, seminarios, cumplimiento de horarios, rendimiento académico, prácticas de laboratorio, competitividad con los compañeros, entre otros.

Según Barraza (2008), el ingreso académico y el egreso de un alumno de una institución educativa suele ser una experiencia de aprendizaje que va acompañada regularmente de estrés académico, además sostiene que el estrés académico es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta de manera descriptiva en tres momentos:

- Primero: el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno, son consideradas como estresores.
- Segundo: esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio).

- Tercero: ese desequilibrio sistémico obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico.

En consecuencia para Martin, I.M (2007) el estrés académico afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales, pudiendo ser vivenciadas de formas distintas por diferentes personas.

2.5. Respuesta al estrés académico

Al describir de las respuestas al estrés académico, nos referimos a una serie de efectos y consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales que se verán reflejadas de acuerdo al grado de afectación que éstas tengan en el individuo .El desarrollo de un trastorno psicofisiológico como consecuencia del estrés depende en gran medida de las repuestas fisiológicas activadas y los órganos implicados. Si la respuesta al estrés provoca una activación fisiológica de forma muy frecuente, duradera o intensa puede provocar que los órganos diana afectados se desgasten excesivamente sin que les dé tiempo a poder recuperarse de este desgaste. Como consecuencia, puede producirse el agotamiento de los recursos y la aparición de algún trastorno psicofisiológico. (Casuso, 2011).

El estrés académico puede modificar los hábitos relacionados con la salud del estudiante. La falta de tiempo, la tensión ante los exámenes y actividades académicas como presentación de seminarios y trabajos, entre otros, podrían aumentar las conductas no saludables, como fumar, consumir bebidas alcohólicas en exceso, utilizar sustancias tóxicas y disminuir las conductas saludables, como realizar algún deporte o ejercicio físico, mantener una dieta saludable, dormir el tiempo suficientemente, recreación, etc. (Barraza,2007). Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y por supuesto pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para la salud de los estudiantes.

Además de las respuestas físicas, existen otras respuestas ante el estrés. En este sentido, Naranjo (2009) las clasifica en dos grupos: las psíquicas y las de conducta. Donde el estrés viene acompañado de emociones como exaltación, depresión o ira, de una intensidad variable dependiendo de la situación. En cuanto a las respuestas conductuales, se mencionan algunas como: aumento en empleo de medicamentos, tics nerviosos, distracción, proclividad a los accidentes, comer en exceso o falta de apetito, dormir demasiado o insomnio, aumento en el consumo de alcohol o drogas, impulsividad y agresividad. En ese orden de ideas Lema et al. (2009) haciendo referencia a Brannon y Feist, (2001), expresa que un elevado nivel de estrés afecta el sistema inmunológico y al igual que la ansiedad, y puede llevar a asumir otros comportamientos de riesgo para la salud, como fumar, beber de manera excesiva alcohol, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios. De igual modo, para el investigador Barra (2006), la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o través de su influencia en las conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social.

El investigador Barraza en 2007 reporta que diversos trabajos evidencian el impacto del estrés académico sobre problemas de salud. Por ejemplo, en una situación de estrés los alumnos presentan menores niveles de inmunoglobulina tipo "A" secretora (Pérez et al., 2002), disminuciones significativas en los recuentos de linfocitos totales, monolitos, linfocitos T CD8+ y células NK (Pellicer y colaboradores, 2002), disminución de la actividad fagocítica y bactericida (Estay y Sáenz, 2001), aumento de la sintomatología psicósomática e infecciosa autoinformada (Pellicer et al., 2002), aumento del porcentaje de neutrófilos, leucocitos totales, células CD8 e interleukina (Guarino et al., 2002), disminución de las defensas, los glóbulos rojos aumentan de tamaño y disminuyen en cantidad, se alteran las plaquetas; se incrementan las frecuencias cardíacas y respiratorias, e incluso se destruyen neuronas (Moreyra y Panza, s/f) y, en el caso específico de estrés relacionado con acontecimientos vitales, se observa un aumento en la secreción de cortisol (García et al., 2005). Estos cambios son indicadores de una

depresión del sistema inmunitario y por tanto, de una mayor vulnerabilidad del organismo ante enfermedades. (Segerstrom y Miller, 2004 en Barra, 2009). Podemos observar en los individuos- en este caso a los estudiantes- cuando están bajo la presión del estrés, no solo ansiedad, sino también enojo o ira, irritabilidad, tristeza, depresión y otras reacciones emocionales. (Grases et al., 2010).

En su formación académica, a los jóvenes se les somete a estrés y en la mayoría de las veces determina la adquisición de comportamientos de riesgo para la salud como lo es el consumo en exceso de cafeína, tabaco, estimulantes o tranquilizantes, exceso de (Polo et al., 1996; Brannon y Freist, 2001 en Lema et al., 2009). Este estilo de vida les convierte en sujetos vulnerables a alteraciones, tanto a nivel fisiológico, cognitivo-afectivo, como conductual generando cansancio emocional como expresión básica del burnout que se relaciona directamente con el estrés académico. (Preciado –Serrano ,2010). En recientes investigaciones se considera que los estudiantes pueden llegar a padecer o manifestar el Síndrome de Burnout. (Castro, David y Ortiz, 2011).

2.6. El síndrome burnout

La palabra burnout es un término inglés, cuya traducción más aproximada es “estar quemado”, exhausto o desgastado. Este concepto nace de la observación del psicólogo americano Freudenberg en 1974 como consecuencia de la percepción en voluntarios que trabajaban con él en una institución de salud, cuando estas personas alrededor de un año después de comenzar a trabajar, experimentaban cansancio emocional junto con una pérdida de motivación, compromiso laboral y una variedad de síntomas, tanto físicos como mentales. (Extremera, Duran y Rey, 2007).

Para 1976, Maslach, investigadora de psicología social, estudiaba las formas de afrontamiento con la activación emocional en el trabajo y comenzó a aplicar el término “burnout” para referirse inicialmente a la identidad profesional y

la conducta laboral inadecuada de la gente (Hernández, Olmedo, y Ibáñez, 2004) y considera al burnout como un síndrome tridimensional, que ocurría en los individuos que trabajaban en contacto directo con pacientes o clientes, considerando para el análisis los constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. (Austria, Cruz, Herrera, Vázquez y Salas, 2010).

Según Gil-Monte (2007) el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: clínica y psicosocial. La perspectiva clínica acepta el burnout como un estado el cual alcanza el individuo como respuesta al estrés laboral. Y la perspectiva psicosocial como un proceso con una secuencia de etapas que se producen por interacción de las características personales y su entorno laboral. Sin embargo, la definición más extendida y aceptada sobre el síndrome de quemado por el trabajo es la realizada por Maslach y Jackson, donde sostienen que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas y añaden tres dimensiones características. (Hernández et al., 2004).

La primera es el Agotamiento emocional que se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos, caracterizada por pérdida progresiva de la energía, cansancio, desgaste, agotamiento, y fatiga tanto física y/o psicológica.

La segunda característica es la Despersonalización y se observa el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, irritabilidad, pérdida de la motivación e incompetencia.

La tercera dimensión donde se experimenta sentimientos de fracaso personal y baja autoestima, con la presencia de un sentimiento de ineffectividad y falta de logros personales que involucra respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Austria et al. (2010).

El Investigador Gil-Monte (2005) lo conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. (Gil-Monte, 2007).

Según Austria et al. (2010) Maslach en el año 2001, hizo una revisión de los últimos 20 años de investigación en síndrome de burnout. En este trabajo concluye que el síndrome de burnout debe entenderse como un fenómeno psicológico que involucra una respuesta prolongada e inapropiada a los estresores en el lugar de trabajo; más específicamente debe entenderse como un desajuste entre el trabajador y su lugar de trabajo.

Aunque el síndrome Burnout se señala en diversas investigaciones se hace mención con mayor frecuencia en las áreas profesionales, las recientes investigaciones están orientadas al ámbito estudiantil, así también lo afirman autores como Pérez, Ponce, Hernández y Márquez (2010), quienes sostiene que el síndrome Burnout ha sido ampliado y enfocado no sólo en el ámbito ocupacional sino también en el académico, denominándose “burnout académico”, de modo que diversos estudios han demostrado que los alumnos se “queman” psicológicamente debido a sus estudios, mostrando niveles de agotamiento y falta de eficacia con respecto a sus actividades académicas.

Son muchos los factores que pueden influir para propiciar la presencia del burnout académico, numerosas investigaciones reflejan la relación entre el burnout y algunas características de la personalidad de los sujetos que lo padecen o están en potencial riesgo a padecerlo. En este sentido, podemos presumir que los diferentes estilos de personalidad pueden llegar a considerarse entre los factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo. En ese sentido respecto a los factores individuales relacionados con menor presencia de burnout se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, el optimismo, la afectividad, o la autoestima. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Brag, 2009)

Por otra parte, el análisis de la relación entre el síndrome de burnout y el uso de estrategias de afrontamiento ha sido tema de interés en los últimos 20 años, según refieren Austria et al. (2010).

2.7. Afrontamiento

El afrontamiento ha sido definido por Lazarus y Folkman (1984) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona”. (Lazarus, 2006; Gómez, Luengo, Romero, Villar, y Sobral, 2006; Felipe y León del Barco, 2010) El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, entre cada persona y su medio. En dicha interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso. (Lazarus y Folkman, 1984; Rodríguez, 2006).

Es preciso diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento. “Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”. Carver y Scheier (1994); Fernández-Abascal et al. (1997) en Solís y Vidal (2006); Felipe y León del Barco (2010); Martín et al., (2012). Así, mientras los estilos son las formas habituales y relativamente estables que tienen un individuo para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto para afrontar los problemas cotidianos.

2.8. Estilos de afrontamiento

Como ya se ha mencionado anteriormente, los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. (Vázquez, Crespo y Ring, 2000, p.420).

Los investigadores han diferenciados los estilos de afrontamiento en dos tipos: los activos y los pasivos. Los estilos de afrontamiento activo, aquellos que implican una confrontación adecuada de las propias emociones, se encuentran relacionados con mayor bienestar psicológico y estados afectivos positivos (Espinosa et al., 2009). Entre los estilos activos está la reinterpretación positiva, cuando el individuo se centra en los aspectos positivos de la situación (Gunzerath, Connelly, Albert, y Knebel, 2001) y el afrontamiento que se centra en la solución del problema y los que se han relacionado con mayor salud mental (Contreras et al., 2009; Espinosa et al., 2009). Así mismo, los estilos de afrontamiento optimista se encuentran relacionado con mejor salud mental y favorecen la calidad de vida (Contreras et al., 2009). Según Barraza (2007), los estilos de afrontamiento más empleados por los estudiantes son el afrontamiento activo, la reinterpretación positiva, crecimiento, focalización y expresión de las emociones.

En contraposición, los estilos pasivos, emocionales y evitativos, implican estilos disfuncionales en la regulación y manejo de las emociones. (Contreras et al., 2009). Los estilos pasivos implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se caracterizan por estados de depresión y afecto negativo (Espinosa et al., 2009). Entre los estilos pasivos está la autofocalización negativa, caracterizada por indefensión, culpa, sentimientos de incapacidad para afrontar la situación y creencia de que las cosas suelen salir mal. Este estilo de afrontamiento afecta de manera considerable varias dimensiones de la calidad de vida percibida (Contreras y Esguerra, 2006; Espinosa et al., 2009). Las personas que tienen este

estilo de afrontamiento tienden a desarrollar conductas no saludables que son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio en la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, no dormir el tiempo suficiente o ejecutar comportamientos inestables y tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, comparadas con aquellas personas que no incluyen estos hábitos en su estilo de vida. (Organización de Naciones Unidas ,2007; Lema et al., 2009).

Los individuos tienden a la utilización de los estilos de afrontamiento que ya dominan, sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación. Se ha evidenciado que el afrontamiento al estrés muestra diferencias individuales que pueden ser mediadas por características de personalidad. Gunzerath et al. (2001).

Felipe y León del Barco (2010), refiere otros autores como Pelechano (2000), el cual considera que ambos conceptos, estilos y estrategias son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

2.9. Estrategias de afrontamiento

En el concepto de afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman en 1984, se define el afrontamiento como un proceso de adaptación, donde el individuo y su entorno interactúan y hacen referencia al tipo de estrategia que desarrollará la persona para enfrentar la situación estresante o difícil en la cual se encuentra a partir de la evaluación cognitiva de la misma. (Cabanach et al., 2010).

Existen muchas estrategias de afrontamiento que puede manejar un individuo, la elección de la misma dependerá en buena medida de la naturaleza del estresor y las circunstancias que lo producen. Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre sí mismo. En primer lugar, existe una valoración primaria la cual consistente en analizar si el

hecho es positivo o no y además, valorar las consecuencias presentes y/o a futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de estudio son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés (Vázquez, Crespo y Ring, 2000, p.425). En este sentido, Lazarus (1993) diferenció dos tipos básicos de estrategias de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.

1.- El afrontamiento de resolución de problemas es aquel dirigido directamente a manejar el problema.

2.-El afrontamiento centrado en la emoción dirigido a regular la respuesta emocional.

Según este enfoque, Lazarus y Folkman propusieron la escala de Modos de Afrontamientos (Ways of Coping, WOC), un instrumento que evalúa una serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante. Este instrumento cubre al menos ocho estrategias diferentes, las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional mientras que la última se focaliza en ambas áreas:

1.-Confrontación: constituye los esfuerzos de un sujeto de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.

2.-Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

3.-Distanciamiento: implica los intentos que se realiza para apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte al sujeto.

4.-Autocontrol: son los esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

5.-Aceptación de responsabilidad: indica el reconocimiento por parte del individuo en el origen o manteniendo del problema.

6.-Escape-evación: apunta a desconocer el problema empleando a nivel cognitivo pensamientos irreales o improductivos y a nivel conductual, empleo de estrategias tales como comer, beber, utilizar drogas o medicamentos.

7.-Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación.

8.-Búsqueda de apoyo social: acudir a terceros en busca de ayuda, información, comprensión, y apoyo emocional o moral. (Vázquez, Crespo y Ring, 2000, p.427).

En el transcurrir del tiempo, múltiples cuestionarios han sido diseñado para el estudio de las estrategias de afrontamiento, entre ellos está el propuesto por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) modificado en su adaptación española por Cano (2007). En este se agrupa, 40 estrategias de afrontamiento en 8 estrategias principales:

1) Resolución de Problemas: estrategia destinada a enfrentar y resolver el problema.

2) Reestructuración cognitiva.: estrategia destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva.

3) Expresión emocional: manifestar con palabras u otros signos exteriores, lo que se piensa o se siente.

4) Apoyo Social: acudir a terceros en busca de ayuda, información, comprensión, y apoyo emocional o moral.

5) Evitación de problemas: apartarse del problema, no pensar en el o evitar que le afecte al individuo.

6) Pensamientos desiderativos: son los pensamientos fantasiosos o irreales a los cuales se aferra el individuo para no enfrentar la realidad.

7) Autocrítica: estrategia donde se realiza juicio crítico sobre obras o comportamientos propios.

8) Retirada social: alejamiento del entorno social, ya sean amigos o familiares.

Según refiere Chico (2002), los investigadores aceptan que existen al menos tres amplias estrategias diferentes de afrontamiento que suelen ser utilizadas por los individuos. Estas serían: *Afrontamiento focalizado al problema* y que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las demandas o eventos ambientales causantes del estrés, intentando resolver el problema o al menos, que disminuya su impacto. *Afrontamiento focalizado a las emociones*, que implica realizar esfuerzos para reducir o eliminar los sentimientos negativos originados por la situación estresante, y *Afrontamiento de evitación* que implica evitar el problema no pensando en él o distrayéndose con otras actividades o conductas. Los dos primeros tipos de afrontamiento son fácilmente distinguibles, y ambos pueden ponerse en práctica de forma conjunta. A menudo se cree que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son más efectivas que las dirigidas a las emociones. (Chico, 2002).

Para los investigadores Martín et al. (2012) las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y

promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero erosionan la salud a largo plazo Incluyendo en ellas el consumo de alcohol u otras drogas que son nocivas al organismo. (Barraza, 2007). Existe evidencia que ciertos rasgos de personalidad se relacionan con conductas no deseadas en jóvenes: bajo rendimiento académico, comportamiento delictivo, uso de sustancias, y comportamiento sexual de riesgo, todo esto relacionado con impulsividad, alto neuroticismo y extraversión. Contreras et al. (2009).

2.10. Variables moduladoras

Según Lazarus (2006), cada persona tiene una serie de variables que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de su vida. En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo. Tanto los factores internos (estilos de afrontamiento y algunas características de personalidad) como los factores externos (apoyo social) pueden modular de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor. (Vázquez, Crespo y Ring, 2000, p. 428).

Estas características personales, conocidas como “variables moduladoras” están relacionadas con factores genéticos que son características estables de la persona, con factores asociados al desarrollo y con factores relacionados con el entorno; también se relacionan con experiencias vividas por la persona. Entre los diferentes factores implicados en el estrés académico se incluyen los moderadores biológicos (edad y género, entre otros.), moderadores psicosociales (patrones de conducta, estrategias de afrontamiento y apoyo social, entre otros), moderadores psicoeducativos (autoconcepto académico, tipo de estudio y curso, entre otros) y moderadores socioeconómicos (lugar de residencia y disfrute de becas, entre otros.) según lo afirma García. (2011).

2.10.1. Factores Internos

Personalidad

Diversos autores asocian los tipos de afrontamiento de acuerdo a las diferencias en los rasgos de personalidad de los individuos. El investigador Barraza (2007) refiere que la reactividad ante nuevos estresores depende más de aspectos circunstanciales que del estrés cotidiano y se explica mejor por los rasgos de personalidad. Friedman y Rosenman establecieron la diferencia entre los tipos de personalidad a las que denominaron tipo A, B y C. El tipo A corresponde a las personas extrovertidas; este tipo de personalidad corresponde a personas ambiciosas, impulsivas, perfeccionistas, irritables e impacientes. Estas personas tienen predisposición a presentar hipertensión arterial, infartos al miocardio y hemorragias cerebrales. El tipo de personalidad B corresponde a las personas que controlan adecuadamente, reaccionan con calma y prudencia y son de carácter optimista. Mientras que el tipo de personalidad C representa a las personas introvertidas y obsesivas; estas interiorizan el estrés y están predispuestas a la depresión nerviosa, a las alergias a las infecciones y muchas veces presentan disminución de las defensas inmunitarias. (Naranjo, 2009).

Optimismo

Según el investigador Chico (2002), diversos estudios realizados indican que el optimismo disposicional se relaciona positivamente con las estrategias de afrontamiento favorables. Los resultados indican un efecto positivo del optimismo sobre el afrontamiento conductual y que es un factor importante para afrontar con mayor éxito las situaciones estresantes, como también que las personas pesimistas se inclinan a centrarse en sus emociones negativas, distanciamiento y negación. En este sentido, autores como Carver, Scheier y Weintraub (1989), así también lo señalan cuando indica que las personas optimistas utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema así como una variedad de

estrategias de afrontamiento centradas en emociones positivas además de trabajar para aceptar la realidad de situaciones difíciles y mirar los acontecimientos de la mejor manera posible. El hecho de que los optimistas experimenten menos estrés que los pesimistas al enfrentarse con dificultades en su vida podría deberse al modo particular en que las afrontan lo cual fomenta una mejor adaptación. No sucede lo mismo con las personas pesimistas en quienes se manifiesta una tendencia a desentenderse de las metas con las cuales interfiere el estresor y acuden al abuso de sustancias y otras conductas que contribuyen a disminuir el nivel de conciencia en relación con el problema. (Carver et al., 1989; Martínez, Reyes, García, y González, 2006; Contreras y Esguerra, 2006; López, A., Kasanzew y López, M., 2007).

Los investigadores Martínez et al. (2006) han constatado la correlación positiva del optimismo con determinadas estrategias de afrontamiento activo tales como resolución de problemas y reestructuración cognitiva, y establecen una relación negativa entre el optimismo con respecto a algunas estrategias de afrontamiento pasivo, tales como los pensamientos ansiosos y la autocrítica.

Resiliencia

Entre los factores protectores que ayudan a salvaguardar la salud mental de los individuos se encuentra la resiliencia. Este término que significa rebotar o saltar, es utilizado en la física como la capacidad de los materiales para resistir la presión y ha sido adaptado por la ciencias sociales para mencionar a las personas capaces de alcanzar el éxito a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, (Rutter, 1993 citado en Pérez et al., 2010). *“A través de la resiliencia el individuo mantiene, ante el estrés, respuestas psicológicas y fisiológicas adecuadas. En conjunto, la resiliencia explica por qué ciertos individuos a pesar de estar expuestos a la misma carga alostática no resultan afectados por ella.”* De La Fuente y Heinze (2011, p.58). En este mismo sentido, Carver et al. (1989), define

la Resiliencia como un factor que reduce los efectos del estrés y sostiene que las personas con personalidad más resistentes realizan un afrontamiento más activo.

Asimismo, para Quintana, Montgomery y Malaver (2009), las personas de índole resiliente logran mantener un equilibrio estable en su comportamiento sin afectar su rendimiento y su vida cotidiana ante un suceso traumático.

Autoestima

Según Barraza (2007), citando a Huaquín y Loaiza (2004), una alta autoestima se acompaña con niveles moderadamente bajos de estrés personal. Para los investigadores Carver et al. (1989) las personas con más autoestima tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más positivas y activas; las que tienen menos autoestima tienen a desatender sus metas bajo estrés.

Humor

Otra variable psicológica que se ha propuesto para disminuir los efectos negativos del estrés es el humor positivo. Los efectos positivos de la risa y del buen humor pueden tener efectos benéficos para la salud pero aún está por demostrarse cuáles son, de qué manera actúan, su extensión y sus límites. (Grases et al., 2010). Así mismo, Barraza (2007) haciendo referencia a Roberto (2006), indica que los estilos de humor (incrementador, afiliativo, agresivo, etc.) se correlacionan positiva y negativamente con las diferentes estrategias de afrontamiento.

Ansiedad-rasgo

El estado de angustia, temor o inquietud que se define como ansiedad según el diccionario de la Real academia de la Lengua Española es para Carver et al. (1989) un tipo de afrontamiento pasivo y con tendencia a ignorar las metas con

las que interfiere la situación estresante. Además, hay una asociación negativa entre rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo. Según los investigadores, Balanza et al. (2009) los trastornos de ansiedad y depresión, poseen una morbilidad elevada con otros trastornos psicológicos y/o de comportamiento como el consumo de alcohol y drogas.

Neuroticismo

Para el autor Enrique (2004) el neuroticismo constituye un factor muy amplio de la personalidad en general y su núcleo es la sensibilidad a los estímulos negativos. Este factor se encuentra representado por escalas que recogen las notas de ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia, impulsividad y vulnerabilidad. Se correlaciona positivamente con reacciones hostiles a acontecimientos estresantes y con respuestas de afrontamiento maladaptativas.

2.10.2. Factores externos

Apoyo Social

El apoyo social puede ser considerado como un recurso (social) del afrontamiento del estrés (Sandin, 2003). Este recurso puede ser especialmente importante en momento de estrés influyendo de modo benéfico tanto en la valoración como en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Barra, 2006, 2009). La búsqueda de apoyo social ha de ser considerada como una estrategia mixta de afrontamiento del estrés puesto que el individuo puede recurrir a su red social con distintos objetivos: encontrar en ella apoyo afectivo, apoyo informativo o apoyo instrumental (González et al. 2009). El apoyo social consiste en solicitar la ayuda de otros, pedir información o consejo y obtener el apoyo emocional de otra persona.

Para los investigadores Pérez et al. (2010), el apoyo social reduce los síntomas de malestar y promueve los estados de ánimo positivos para el afrontamiento de las dificultades. Actualmente es uno de los factores protectores más investigados y con resultados más positivos para aumentar la resistencia de las personas ante los estresores diarios, las crisis personales, la adaptación, o los ajustes de enfermedades y en el ámbito académico, y también podría actuar como potenciador en el logro de un desempeño académico. (Feldman et al., 2008)

2.11. Diferencias entre géneros

Diversas investigaciones sobre el estrés reportan diferencias significativas en la manera de afrontar los eventos difíciles, negativos o estresantes entre los géneros y su repercusión en su salud física y mental de los individuos. De la Fuente y Heinze (2011.p.58) indican que “la exposición diferencial a experiencias estresantes es una forma en la que se producen las desigualdades de género.”

Los investigadores Piemontesi y Heredia. (2009), sostienen que los resultados sobre los estudios de afrontamiento general y el estrés ante los exámenes son similares pero presentan diferencias notables entre los géneros. Haciendo referencia a diferentes investigadores tales como Stober (2004), quién concluye que las mujeres estudiantes presentaron mayor búsqueda de apoyo y orientación y una menor evitación que los varones. Así mismo, Buchwald y Schwarzer (2003) informaron que en su trabajo las mujeres presentaban mayor acción instintiva (una dimensión de afrontamiento activo antisocial) y mayor búsqueda de apoyo social que los hombres. En ese mismo sentido, Heredia, Piemontesi, Furlán y Pérez (2008), encontraron que las mujeres estudiantes presentaron mayor búsqueda de apoyo y orientación que los varones para afrontar la ansiedad y la incertidumbre pre-examen, pero no encontraron diferencias significativas con respecto a la evitación.

Para González et al. (2009) los resultados de su investigación revelan que las mujeres recurren en mayor medida al apoyo social ante situaciones conflictivas, mientras que los hombres optan por el empleo de estrategias de afrontamiento activo como la reevaluación positiva o de planificación de forma significativamente superior a las mujeres. La búsqueda de apoyo es la estrategia más utilizada y la menos frecuente es la reevaluación positiva.

Feldman et al. (2008) destacan en sus resultados que las mujeres respecto a los hombres presentaron mayor intensidad de estrés académico, más indicadores de problemas de salud mental en general y síntomas de depresión. Sin embargo, las mujeres reportaron mayor percepción de apoyo social en la escala global.

Agresividad

Capítulo 3

LA AGRESIVIDAD.

Consideraciones preliminares.

Desde los principios de la humanidad el comportamiento agresivo siempre ha estado presente en el hombre, sin embargo en la sociedad actual la agresión violenta ha tenido un gran auge, siendo un problema social reconocido a nivel mundial por la magnitud del fenómeno y las secuelas psicológicas y físicas que conllevan.

La conducta agresiva es producto de la convergencia en continua y dinámica interacción de una serie de fuerzas psicosociales, peculiares de cada persona: factores genéticos y epigenéticos, fisiológicos y psicológicos, peculiaridades de la personalidad y de las circunstancias biográficas propias de cada uno- por ejemplo el estrés (Poveda et al., 2002; Ramírez, 1986, 2001a en Martín Ramírez, 2007). Existe gran preocupación e interés al observar que la agresividad ha aumentado en los jóvenes, identificándose en la niñez y en la adolescencia una conducta agresiva como un factor de violencia subsiguiente para la adultez. Encontrándose en consecuencia, comportamientos agresivos en los diferentes entornos sociales tales como el de la familia o en ambientes educativos y ocupacionales. Así también los sostienen Cid, Díaz, Pérez, Torruella, y Valderrama (2008) cuando indican a la agresión como “un problema actual y creciente de salud en la comunidad escolar es la agresión y violencia observada entre los estudiante, siendo de tal intensidad que ha provocado incidentes negativos en niños y adolescente como dificultad en el aprendizaje y abandono escolar observándose esta problemática transversalmente en diversos contextos culturales y sociales.”

Desafortunadamente el uso de la violencia ha alcanzado dimensiones trágicas para la humanidad a lo largo de su historia tanto en lo colectivo como en lo individual sea en forma de guerra, delincuencia común, crímenes de odio, violencia de género, entre otros. Dada la gran pluralidad de sus manifestaciones o

expresiones no es sorprendente que este problema haya sido abordado por disciplinas tan diversas como la psicología, la sociología, las ciencias penales y la salud pública. (Castellano, R.D y Castellano, R., 2012). Según Alcázar (2010), la conducta violenta reflejaría la expresión de agresividad dirigida hacia otros sujetos de forma indiscriminada y recurrente sin ningún tipo de ganancia o valor evolutivo y representa un problema clínico grave que acarrea consecuencias negativas para el individuo y la sociedad.

Usualmente la agresión física se confunde y se emplea para referirse a la violencia por tanto se hace necesario distinguir los términos violencia y agresividad, pues ambos con frecuencia son utilizados como sinónimos, observándose en múltiples investigaciones la utilización de ambos términos indistintamente. Hogg y Vaughan (2008), sostienen que *“Un investigador puede definir la agresión usando parámetros físicos (empujones y golpes), mientras que otro puede añadir otros aspectos (un discurso con tono amenazador, insultos, expresiones faciales). El concepto de lo “agresivo” está definido, en parte, por factores sociales y culturales.”*(p.446). Para los autores Castellano, R.D y Castellano, R. (2012) ésta confusión puede condicionar la claridad de las investigaciones que se realizan al respecto pues se trata de dos conceptos distintos y que deben ser estudiados por separados. No significando que ambos términos no puedan relacionarse, pero manteniendo la claridad en el significado de ambos conceptos. Así mismo, refieren que la “violencia y el la condición de “violento” tienen varios significados, que no se relacionan con el uso común ni científico que se les otorga, como es el de homicidio.

La necesidad de medir, cuantificar, evaluar y valorar la agresión y la agresividad requieren un punto de partida donde las definiciones de ambos constructos queden bien planteadas a nivel ontológicos y operacional. Esto aún no está bien resuelto porque se confunden con demasiada frecuencia estos constructos con otros tales como ira, hostilidad o la propia violencia. (Andrés-Pueyo et al., s.f)

3.1. Definiciones operativas

En base a las consideraciones anteriores resulta oportuno otorgarle definiciones operativas a los constructos más comúnmente utilizados de tal manera permita ser manipulado.

Agresión

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define la agresión (Del lat. aggressō, -ōnis).1. f. Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. U. t. en ent. fig.2. f. Acto contrario al derecho de otra persona.3. f. Der. Ataque armado de una nación contra otra, sin declaración previa.~ sexual.1. f. Der. La que por atentar contra la libertad sexual de las personas y realizarse con violencia o intimidación es constitutiva de delito.

Un concepto ampliamente aceptado es el de Anderson y Bushman, (2002) quienes definen la agresión como cualquier comportamiento directo hacia otro individuo que se lleva a cabo con la intención de causarle daño. La agresión hace la referencia a cualquier conducta orientada hacia otras personas con el propósito de ocasionarle daño, lesiones o sufrimiento. La agresión es una conducta y depende como mínimo de dos grupos de factores que la originan, los situacionales y los individuales. (Andrés-Pueyo et al., s.f).

Agresividad

La agresividad es una disposición temperamental que forma parte de las características de la personalidad de un individuo (Andrés-Pueyo et al., s.f). Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, (DRAE, 22da edición) el término proviene de agresivo y es la tendencia a actuar o responder violentamente.

Hostilidad

(Del lat. *hostilītas, -ātis*).1. f. Cualidad de hostil.2. f. Acción hostil.

La hostilidad, es un sentimiento que suele ser más duradero que la ira y que se dirige generalmente a un conjunto de elementos diversos y forma parte de la tonalidad del carácter de las personas y representa el componente cognitivo de la conducta. (Real Academia de la Lengua Española, DRAE, 22da edición).

Ira

(Del lat. *ira*).1. f. Pasión del alma, que causa indignación y enojo.2.f. Apetito o deseo de venganza.3. f. Furia o violencia de los elementos.4.f. pl. Repetición de actos de saña, encono o venganza. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, DRAE, 22da edición).

La ira es una emoción o estado de ánimo (enfado) que suele acompañarse de cogniciones hostiles y gran tensión e irritación psicofisiológica. Andrés-Pueyo et al. (s.f).

Violencia

Según el diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (DRAE, 22da edición), el término “violencia” proviene del latín (Del lat. lat. *Violentia*). 1. f. Cualidad de violento. 2. f. Acción y efecto de violentar o violentarse. 3. f. Acción violenta o contra el natural modo de proceder. 4. f. Acción de violar a una mujer.

Anderson y Bushman (2002) sostienen que la violencia es toda agresión que tiene como objetivo el daño extremo. Toda violencia es agresión, pero muchos casos de agresión no son violentos. En este orden de ideas Andrés-Pueyo et al. (s.f). sostienen que la violencia es una estrategia que de manera intencionada

pretende someter a otra persona, dominarla para alcanzar beneficios directos, inmediatos o indirectos por medios de distintas tácticas. La violencia puede utilizar la agresión como táctica para alcanzar sus objetivos.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003, define la violencia como: *“El uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”*

3.2. Tipos de la agresión

Con respecto a los tipos de agresión Alcázar (2010) indica que existen múltiples clasificaciones de la conducta agresiva, pero que en la actualidad la de mayor empleo es la de agresión premeditada y agresión impulsiva por su solidez. Siendo la agresión premeditada o Instrumental realizada de forma fría por parte del agresor hacia la víctima. No así la agresión impulsiva que está asociada a reacciones negativas como la ira o el miedo. De igual manera, Chaux (2003) se refiere a la agresión reactiva como respuesta ante una ofensa real o percibida y es el insulto o el golpe esta respuesta. La agresión instrumental es aquella que utiliza la agresión como instrumento para conseguir un objetivo, sea recursos, estatus social u otro.

Cabe agregar que existen diversas tipos de agresión de acuerdo a los criterios de clasificación empleados para tal fin. De acuerdo a su naturaleza la agresión puede ser física, verbal o social. De acuerdo a su relación interpersonal puede ser directa o indirecta. Tomando en cuenta su motivación puede ser hostil, instrumental o emocional. Según la clasificación clínica la agresión puede ser proactiva, que es la instrumental, calculada, no es mediada por la emoción por lo

tanto es dirigida a dominar o a coaccionar a otra persona. Mientras que la agresión reactiva es la afectiva, impulsiva, defensiva. (Carrasco y González, 2006).

3.3. Teorías de la agresión

La agresión al transcurrir del tiempo ha tratado de ser explicada a través de diversas teorías y modelos. Considerándose dos grandes bloques para ser explicada, por lo que se tienen las teorías biológicas y las sociales. Aunque *“ninguna de las teorías actuales da una explicación completa sobre la diversidad de la agresión, e incluso cuando un evento precipitante puede ser evidente habrá indefectiblemente otro factor contribuyente menos obvio.”*. (Hogg y Vaughan, 2008, p.455).

3.3.1. Teoría del instinto

En su teoría del instinto, Sigmund Freud expone que los hombres nacen con el instinto de agredir y consideraba a los instintos como impulsos que orientaban al individuo al logro de sus metas, el argumenta que este impulso procede del interior del individuo y por tanto es imposible erradicar la agresión entre los seres humanos. Cuando Freud habla de instinto está haciendo referencia a los apetitos innatos y específicos o comunes a todos los individuos de una especie, en cambio cuando usa el término impulso lo hace para referirse a la fuerza que empuja al sujeto. En su teoría del instinto Freud propuso primero la existencia de dos grupos de instintos, los instintos del yo o instintos de conservación y los instintos sexuales o libido; posteriormente consideró que los instintos de conservación son la expresión de la libido hacia el propio individuo por lo que sólo existiría la libido como instinto básico. Finalmente, a partir de 1920 modificó de nuevo su teoría proponiendo los instintos de vida y los instintos de muerte como los instintos básicos del psiquismo humano. Hay críticos que dicen que el hombre no nace violento o pacífico, sino más bien su agresión ocurre como

resultado a la acción recíproca entre los procesos de tipo biológicos y el medioambiente. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002, p.304).

3.3.2. Teoría Etológica

Desde la óptica etológica, la agresión es un mecanismo de defensa de sobrevivencia y evolución de la especie. Para el investigador Lorenz, la agresión en los animales es un instinto primario independiente de los estímulos externos, cuya misión es la conservación de la especie. (Castrillón y Vieco, 2002). Según Lorenz la agresividad es un mecanismo de adaptación que permite al hombre competir por recursos escasos y por su supervivencia. (Carrasco y González, 2006; Hogg y Vaughan, 2008, p.449).

3.3.3. Teoría biológica

La teoría biológica habla de la agresión en las zonas específicas del cerebro que puede activar este comportamiento y de que existen ciertos centros neurales que cuando son estimuladas pueden originar conductas agresivas. Para algunos investigadores, el sistema límbico está íntimamente relacionado con la agresión.

Hitchcock (1979) y Meyer (1971), sostienen que la amígdala como parte del sistema límbico, cumple una función importante en la agresión (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002, p.305). En este orden de ideas, Sánchez y Román (2004) sostienen que es una manera más rápida aunque en menor proporción para desencadenar reacciones emocionales, por lo que conducen el estímulo del tálamo directamente a la amígdala sin pasar por la corteza cerebral y es capaz de desencadenar una respuesta de ira antes de que tenga lugar la mediación cognitiva.

Hay estudios, que indican que la herencia interviene en la sensibilidad de centros neuronales que regulan la agresión de cada individuo, asimismo que las hormonas sexuales ejercen influencia en las conductas agresivas, como también que cuando la corteza se daña o deteriora, el sujeto puede llegar a cometer más agresiones impulsivas (Heinrichs, 1989; Silver y Yudofsky, 1987; en Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002, p. 305). No obstante, refiere el investigador Ayuso (1999), los factores biológicos como la difusión neurofisiológica, las hormonas, la herencia y las anomalías de los neurotransmisores no actúan de forma específica como causante de la violencia. Estos factores contribuyen a disminuir la capacidad individual para conseguir sus propósitos por métodos no violentos aumentando su impulsividad, irritabilidad e irracionalidad. Por su parte, Gallardo, García, Maydeu y Andrés (2008), sostienen que los efectos de los genes en el comportamiento antisocial es moderado pero incapaz de explicar por si sólo la variabilidad en el comportamiento antisocial.

3.3.4. Teoría de la frustración

Una de las primeras teorías que plantearon la parte de las condiciones externas fue la Teoría de la frustración-agresión postulada por Dollard et al., (1939), la cual sostiene que “la agresión es siempre una consecuencia de la frustración” y que “la frustración siempre lleva a alguna forma de agresión”. De acuerdo con la teoría, la inducción para agredir aumenta con la intensidad de la frustración, a partir de estas proposiciones Dollard et al., (1939) intentaron hacer predicciones exactas respecto a cuándo agreden las personas y contra quien dirigen su atención. Estos autores definen la frustración como “*una interferencia con la secuencia del comportamiento*”. La teoría también postula que cuanto mayor es la frustración, más intensa es la agresión que origina. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002, p.308). Estos investigadores plantean tres variables independientes como factores activadores de las conductas agresivas: la frustración, la percepción de injusticias y las características del estímulo instigador, pero posteriores investigaciones arrojaron que la frustración no solo producía

reacciones de agresión sino muchas otras respuestas y que los comportamientos agresivos son siempre manifestaciones de de respuesta a la agresión. (Castrillón y Vieco, 2002).

Dollard et al. (1939) descubrieron que los sentimientos también influyen en las reacciones de frustración, quienes tienen una autoestima elevada pero inestable experimentan ira y hostilidad. Según estos investigadores, la agresión es aquella conducta cuyo objeto es “lastimar a la persona a la que está dirigida”, así la agresión es física o verbal, también afirman que aunque la frustración incita la violencia el acto concreto se inhibirá si se espera un castigo y aunque la agresión directa sea la preferida, si ocurre un inconveniente que inhiba o entorpezca este manera se acude a otro modo de agresión. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002.p.309).

Asimismo, sostenían que si la agresión no sigue a la frustración, se conserva residuos de frustración y una predisposición para agredir. Por lo que cada frustración que no es seguida por una respuesta agresiva se acumula, y si los residuos crecen de tal modo que cualquier adición provoca una reacción muy violenta. Esta teoría propone dos métodos para reducir este impulso para agredir luego de la frustración. El primero es la frustración puede suprimirse con lo que se elimina la motivación para agredir y el segundo es la catarsis, que se aplica en el caso en el cual la agresión reduce nuevas instigaciones para agredir de esta manera se disminuye el nuevo impulso para agredir. En este sentido dos efectos siguen a la agresión: primero, el acto de agresión reduciría la excitación del individuo y segundo, es menos probable que esté agreda en el futuro inmediato porque está menos excitado. La importancia de esta hipótesis es que es considerada como uno de los métodos principales para dominar la agresión. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002.p.309).

3.3.5. Modelo de la transferencia de excitación

Zillmann en su modelo de la Excitación- Transferencia enfatizó el papel de la activación en la explicación de la agresión (Carrasco y González, 2006). “De acuerdo con Zillmann, cualquier experiencia que aumente considerablemente el nivel de excitación general puede provocar consecuencias no intencionadas” (Hogg y Vaughan, 2008, p.452). Es decir si dos eventos excitantes están cercanos el uno del otro en periodos de tiempo, la excitación del primer evento podría ser atribuido al segundo evento, lo que quiere decir que si el segundo evento está relacionado con la ira, entonces la excitación adicional debe hacer que la persona se enfurezca más. (Anderson y Bushman, 2002).

3.3.6. Teoría social del aprendizaje

En referencia a la teoría social del aprendizaje, Albert Bandura, su creador sostiene que el nivel de un individuo para ser agresivo dependerá en gran parte del ambiente social donde se ha desarrollado. De acuerdo con su teoría, la conducta agresiva se adquiere mediante modelos y por experiencias directas, sugiere una explicación para la agresión dentro de un proceso causal de dos maneras, en la cual la conducta es controlable y el medioambiente influenciado. Según esta teoría el individuo aprende a agredir desde niño y que la mayor parte del aprendizaje proviene de la observación de los padres, aunque también puede contribuir amigos y medios de comunicación. Para Bandura, existen dos grupos de influencias sociales que contribuyen a explicar porque algunos niños y adolescentes son más agresivos que otros, el primero las normas y valores aceptados por la sociedad y el segundo los ambientes familiares en los que se han criado. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002.p.316).

En tanto que al aprendizaje de la conducta agresiva por experiencia directa, ocurre por las circunstancias espontaneas que se presenten (Castrillón y Vieco, 2002). Estos comportamientos se van albergando hasta que los niños crecen con

ellas formando parte de su conducta habitual, al llegar la adolescencia y posteriormente al ser adultos, los conflictos por estas conductas se van agudizando y conllevan serios problemas en las relaciones personales, que pueden generar conductas antisociales, alcoholismo, dificultades en la adaptación al trabajo y a la familia. En definitiva el comportamiento depende del ambiente así como de los factores personales como: motivación, atención, retención y producción motora. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002.p.316)

3.3.7. Modelo general de la agresión

En el modelo general de la agresión Anderson y Bushman, (2002) incluyen los factores personales y ambientales, y su interacción con las condiciones internas del individuo que tiene efecto por medio de la emoción, cognición y excitación, donde la evaluación es racional o impulsiva.

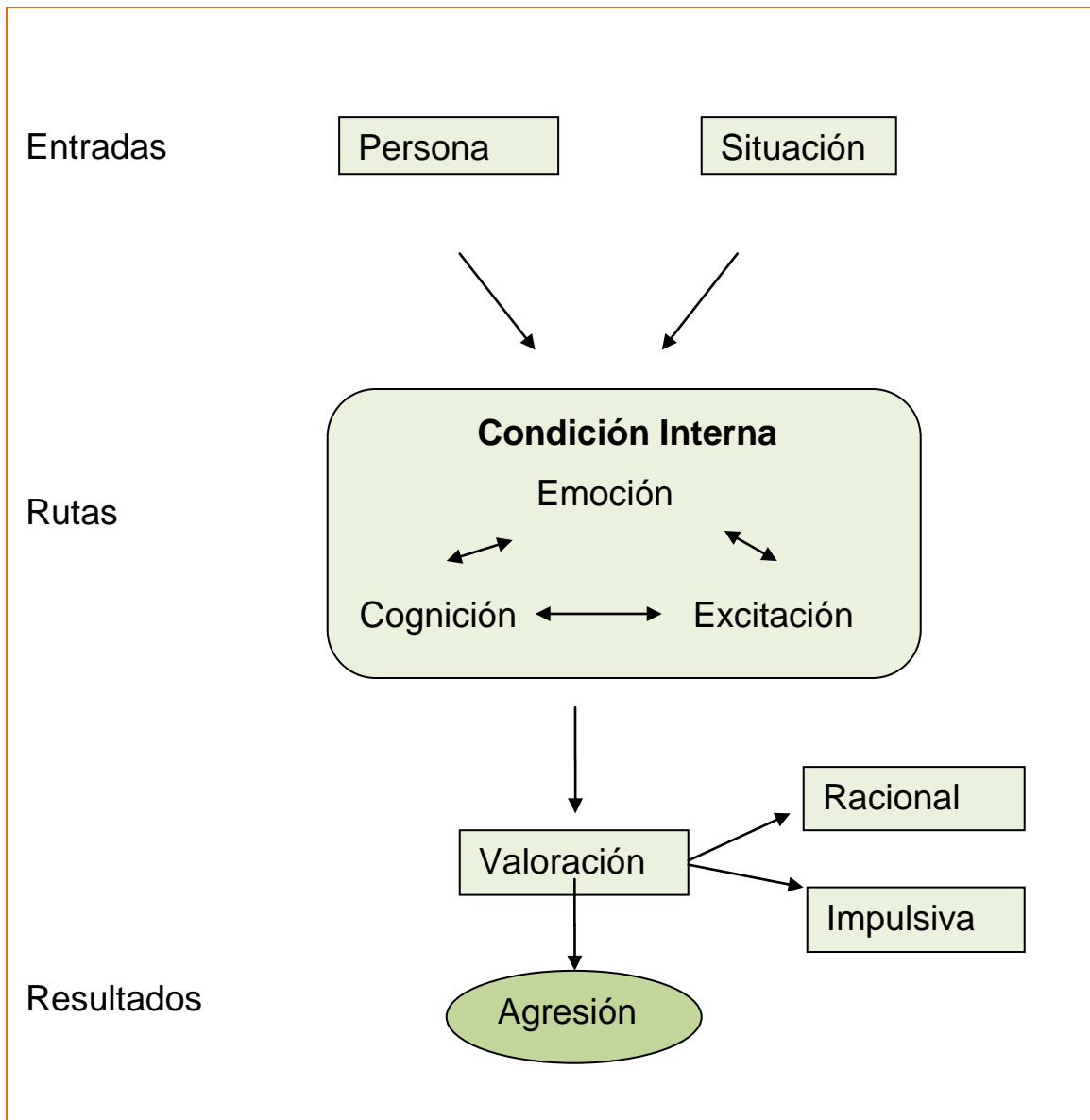


Fig.3. Modelo general de la agresión, Anderson y Bushman (2002). Tomado de Anderson y Bushman, (2002). Elaboración propia.

3.4. Factores Implicados en la agresión

Generalidades

Cuando se analiza sobre las conductas agresivas, se hace referencia a su naturaleza multifactorial debido a que este comportamiento se ve influenciado por factores sociales, culturales, genéticos y biológicos tanto en estratos familiares como individuales.

Para comprender el desarrollo de algunos rasgos asociados con el comportamiento antisocial, como la agresividad, conviene entender el desarrollo natural de ésta. (Gallardo-Pujol, Forero, Maydeu y Andrés-Pueyo, 2009). Al mismo tiempo se plantea el tema desde dos ópticas, lo que sucede dentro del individuo como la fuerza interna o impulso que lleva al sujeto a agredir y los factores ambientales o sociales que favorecen la agresión.

Aunque en la actualidad no existe una comprensión completa de los complejos mecanismos que subyacen a la conducta agresiva se tienen hallazgos científicos que demuestran que la violencia está asociada a factores genéticos, neurobiológicos y psicofisiológicos. (Alcázar, Verdejo, Bouso y Bezoz, 2010). La agresividad como conducta en muchos de los casos corresponde a una característica aprendida desde niños en el hogar, estas conductas agresivas son un modo de actuar de una persona que nos manifiestan su inconformidad, su insatisfacción y muchos otros sentimientos que en su mayoría son mal canalizados o mal aprendidos, ya que las reacciones ante lo que no les gusta, la mayoría de las ocasiones son desproporcionadas con respecto al problema original, esta desproporción es como ver las cosas en una magnitud demasiado alta como para solucionarlos y la respuesta automática se traduce en un insulto, desprecio, crítica, golpe, amenaza y otras tantas conductas que se catalogan como violencia física, verbal, psicológica, sexual, etc. Todas ellas, son conductas que se buscan el castigo de la otra u otras personas, las relaciones que se dan y

los comportamientos presentados por la familia ejercen una influencia en su origen y mantenimiento.

Para Andrés-Pueyo, Pérez, Gallardo y García, (s.f), la agresión es una conducta y como tal depende, al menos de dos grupos de factores que la producen: los situacionales y los individuales. Los primeros suelen denominarse disparadores o provocadores mientras que los segundos reciben el nombre de moduladores o predisposiciones. Entre éstos debería figurar la agresividad y son los que realmente anteceden a la conducta agresiva porque son los que detectan, analizan y comprenden el significado de los estímulos externos generadores del comportamiento violento. Entre los factores individuales destacan los rasgos de personalidad, las actitudes y creencias, las intenciones y motivaciones. Entre los situacionales incluimos los estímulos irritativos, sociales o biológicos, las provocaciones, las frustraciones y muchos otros.

Otro factor implicado en el desarrollo de la agresividad es el cognitivo y desde el cual se entiende la conducta agresiva como el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información lo cual hace que tengan dificultades para pensar y actuar ante los problemas interpersonales y les dificulta la elaboración de respuestas alternativas. Adicionalmente, están los factores ambientales que son muy importantes para explicar la etiología del comportamiento agresivo.

3.4.1. Factores Individuales

Los factores individuales incluyen todas las características que una persona aporta ante una situación, tales como los rasgos de personalidad, actitudes y predisposiciones genéticas. Anderson y Bushman (2002).

Personalidad

La personalidad es un conjunto de características que tiene un individuo. Holahan y Moss, (1986) mencionan que la autoestima, el desprecio, el dominio y la buena disposición son ejemplos de rasgos de personalidad que desempeñan un papel importante frente a las situaciones de estrés. (Naranjo, 2009). Existen rasgos individuales que son comunes entre delincuentes violentos, como la baja autoestima y la escasa tolerancia a la frustración. (Hogg y Vaughan, 2008).

Personalidad tipo A

En los últimos años las investigaciones indican la existencia de un patrón de comportamiento al cual se ha denominado personalidad de tipo A. Diversos autores relacionan la personalidad tipo A con una mayor predisposición a enfermedades coronarias y a conductas agresivas. Este tipo de personalidad corresponde a personas hiperactivas, ambiciosas, impulsivas, competitivas, perfeccionistas e impacientes que ante eventos estresantes o contradictorios pueden manifestar su inconformidad con manifestaciones de irritabilidad y en excesos importantes y exagerados de cólera (Naranjo, 2009). "Las personas de tipo A pueden ser más agresivas hacia otros si perciben que compiten contra ellos en una tarea importante. (Caver y Glass ,1978 en Hogg y Vaughan ,2008).

Diferencia entre géneros

Mucho se ha hablado acerca de la diferencia entre los géneros y cómo es su conducta agresiva, el genotipo de un individuo y otros correlatos biológicos del género pueden intervenir en la predisposición a la conducta agresiva. *"La investigación ha confirmado esta diferencia entre hombres- mujer: los varones tienen una mayor tendencia a la agresión que las mujeres, independientemente de su nivel cultural y socioeconómico. Sin embargo, la magnitud de la diferencia varía de acuerdo con el tipo y contexto de la agresión."*(Hogg y Vaughan, 2008, p.457)

En ese sentido, Bettencourt y Miller (1996) y Knight, Fabes y Higgins (1980) muestran en estudios realizados que los hombres son más agresivos que las mujeres. Según exponen Bettencourt y Miller, (1966) los hombres y las mujeres difieren en las tendencias agresivas, así lo demuestran los estudios pero la provocación reduce drásticamente las diferencias de sexo en la agresión física y los tipos específicos de provocación afectan diferencialmente a la agresión masculina y femenina. En este sentido, para Oesterman et al., (1998) los tipos preferidos de la agresión también son diferentes para hombres y mujeres. Los varones prefieren la agresión directa, mientras que las mujeres prefieren la agresión indirecta. Sin embargo para White, (2001) el desarrollo de la investigación sugiere que muchas de estas diferencias resultan de las experiencias de socialización diferentes. (Anderson y Bushman, 2002).

Para Shaffer, (2000) existe la perspectiva interactiva, según la cual los factores constitucionales ligados al sexo, interactúan con las influencias del entorno social a la hora de la agresión. Estas diferencias podrían tener efecto directo tanto en la conducta del hombre como de la mujer. No obstante, Maccoby y Jacklin, (1980), creen que la explicación se debe a causas hormonales y por tanto es innata. Sin embargo, otros investigadores como Lightdale y Prentice, (1994) creen que se debe al aprendizaje y la socialización más que factores hormonales. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2000.p. 308).

Trastornos del sueño

Las observaciones clínicas sugieren que los problemas del sueño pueden ser un factor causal en el desarrollo de reacción, agresión y violencia. Los estudios correlacionales aunque limitados en número, sugieren que el tratamiento de los trastornos del sueño reducen la agresividad y la conducta problemática. En consonancia con esto es la constatación de que la privación del sueño en realidad aumenta la expresión externa de los impulsos agresivos en los seres humanos. En

la mayoría de las personas la falta de sueño no va a provocar la agresión física, pero en ciertas personas, tales como pacientes psiquiátricos, pueden ser particularmente vulnerables a la desregularización emocional como efecto de las alteraciones del sueño. (Kamphuis, Meerlo, Koothaas y Lancel, 2012).

La relación entre los trastornos del sueño y la agresión puede estar mediada por el efecto negativo de la pérdida del sueño en el funcionamiento cortical prefrontal. Esto probablemente contribuye a la pérdida de control sobre las emociones, incluyendo la pérdida de la regulación de los impulsos agresivos a contexto de un comportamiento apropiado. Otros posibles mecanismos que contribuyen a la conexión de los problemas de sueño, agresión y la violencia son los encontrados en los sistemas neurobiológicos (el eje serotoninérgico central y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal). La variación individual dentro de estos sistemas neurobiológicos pueden ser responsables para la ampliación de las respuestas agresivas inducidas por la pérdida de sueño en algunas personas (Kamphuis et al., 2012). Por lo tanto estos investigadores, indican la gran importancia de identificar a las personas en situación de riesgo, ya que el tratamiento adecuado de reconocimiento y sus problemas de sueño pueden reducir los incidentes agresivos y violentos.

3.4.2. Factores Ambientales

Anderson y Bushman (2002) refieren que al igual los factores personales, los factores situacionales influyen sobre la agresión al influir en la cognición, el afecto y la excitación y que tal vez una de las causas más importante de la agresión es la provocación interpersonal. Las provocaciones son insultos, desprecios, otras formas de agresión verbal, agresión física, la interferencia ante uno cuando se pretende alcanzar un objetivo importante y así sucesivamente.

Así también algunos estudios sobre la agresividad se han enfocado en los factores del ambiente físico como el calor, el hacinamiento y el ruido, encontrando

una relación curvilínea entre el calor y la agresión, también la percepción y la experiencia negativa de hacinamiento se relaciona con la conducta agresiva. (Hogg y Vaughan, 2008, p.464).

3.4.3. Factores sociales y culturales

Para Hogg y Vaughan, (2008) la pobreza o la desventaja social puede ser causa subyacente de la agresión *“Un enfoque social de la agresión posibilita cambios de patrones a través del tiempo y de acuerdo con el contexto cultural.”*(Hogg y Vaughan, 2008, p.482).

Familia

Para describir la agresividad cuando se evalúa el factor familiar, se hace referencia al modelo presentado por Gerard Patterson, quien es el exponente más representativo en la investigación sobre la agresión en los niños y adolescentes. Este investigador estima que el entorno familiar puede ser la esfera principal en el aprendizaje del comportamiento agresivo, por ser el más cercano y el que mayor influencia produce en él.” Cuando en la familia se intenta solucionar los problemas con agresividad, los niños fácilmente relacionan la fuerza con la consecución del objetivo y ven que la fuerza funciona de una forma muy efectiva para convencer y controlar a otros.” (Buss y Perry ,1992; Castrillón y Vieco, 2002).

Drogas

Es conocido que el uso de sustancias tóxicas es dañino a la salud y aun así las personas continúan haciéndolo ya que por diversos mecanismos las drogas de abuso crean una sensación de bienestar que inducen a su consumo y en consecuencia a la adicción. El alcohol y el tabaco se cuentan entre las drogas legales más utilizadas, y entre las drogas ilegales la marihuana y la cocaína. En relación a las drogas de abuso y agresividad investigaciones realizadas por Taylor

et al., (1975,1976) donde se estudiaron los efectos del alcohol y las marihuana en la agresión dedujeron que el alcohol no instiga por sí mismo, pero si lo hace si las personas están amenazadas o encolerizadas. Sin embargo, la marihuana tuvo un efecto diferente, los sujetos amenazados reaccionaron con menor agresividad que quienes habían bebido alcohol en exceso. Schumutte y Taylor, (1980), exponen entre sus resultados que el alcohol en grandes cantidades reduce la conciencia y el interés por las condiciones situacionales y los efectos de su agresión. Así mismo, descubren que los depresores del sistema nervioso como el Diazepam influyen en la agresión en forma similar al alcohol. Posteriores investigaciones realizadas por Ito, Miller y Pollock, (1996), revelaron que individuos muy intoxicados son más vulnerables al efecto de la frustración-agresión. En consecuencia todas estas sustancias tienen un efecto en la conducta agresiva cuyo alcance depende de la droga en referencia, la dosis y el sujeto amenazado. (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002, p.321). Según Bushman, (1993,1997) diversas drogas como el alcohol y la cafeína también pueden aumentar la agresividad, asimismo la agresión es facilitada por factores (por ejemplo, la provocación, la frustración, señales agresivas) y tienen un efecto mucho más fuerte sobre las personas que están bajo la influencia de las drogas que en personas que no están. (Anderson y Bushman, 2002).

Medios de comunicación

El ambiente ejerce una gran influencia moderadora sobre la conducta (Ramírez, 1984 en Martín, j., 2007), principalmente a través de los medios de comunicación impresos y audiovisuales, y especialmente la televisión dada la cobertura de estos medios. De igual manera Ayuso, (1999) afirma *“El ambiente puede influir en el individuo durante el desarrollo, por ejemplo, sometiendo a un niño a malos tratos o poniendo de manifiesto la violencia en su propia familia o subcultura, o en la televisión u otros medios de comunicación.”* Asimismo para Anderson y Bushman, (2002) la exposición a la violencia en la televisión, películas

y videojuegos es otra variable situacional que aumenta la agresión ya que parece hacerlo a través de los efectos cognitivos.

“El rol de los medios de comunicación, particularmente la televisión es controvertido” (Hogg y Vaughan, 2011, p.482). En este orden de ideas Martín, j., (2007) indica que “la literatura científica muestra datos contradictorios sobre si la violencia televisiva realmente engendra actos violentos en sus espectadores, o simplemente se limita a ejercer una modulación sobre la conducta de niños y jóvenes” por lo que el mundo científico en el campo de la psicología se ha interesado en el tema realizándose múltiples investigaciones en los últimos años. Así mismo afirma este investigador que aunque no es posible en los actuales momentos ofrecer una conclusión definitiva, sería más productivo buscar los causales de la agresión en las diferencias ambientales y culturales, así como en los modelos familiares y cognitivos y las características psicobiológicas de cada individuo. (Ramírez, 1996; Wood et al., 1991 en Martín, 2007).

Métodos y Diseño

Capítulo 4

4.1. Objetivos de la Investigación

4.1.1. Objetivo General

Establecer la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y el comportamiento Agresividad en estudiantes de la Escuela de Bioanálisis en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes.

4.1.2. Los objetivos específicos fueron:

- a) Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes.
- b) Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento de los estudiantes y las variables demográficas.
- c) Determinar la relación entre los componentes de la conducta agresiva de los estudiantes y las variables sociodemográficas.
- d) Establecer la relación entre los componentes de Agresividad y las Estrategias de Afrontamiento en los estudiantes

4.2. Metodología

4.2.1. Tipo y diseño de Investigación:

Se realizó una investigación de campo, descriptiva y transversal.

4.2.2. Población Estudiada:

La población estuvo conformada por 319 estudiantes de ambos géneros que cursan la carrera de Bioanálisis, 264 mujeres y 55 hombres, con edades

comprendidas entre 17 y 38 años de edad. La muestra se estratificó por períodos cursados como inicio que corresponde al primer y segundo semestre, intermedio el cual corresponde al quinto y sexto semestre y final correspondiente al octavo semestre. Los estudiantes se distribuyeron aleatoriamente para cada período, 92, 81 y 89 estudiantes regulares respectivamente y 57 estudiantes repetidores.

4.2.3. Procedimiento de recolección de datos:

El muestreo se realizó aplicando los instrumentos Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y el cuestionario de Agresión Humana” (Gallardo-Pujol y cols, 2006) adaptación para Venezuela de Castellano y Castellano, (2009), previamente se les solicitó a los profesores autorización para la explicación de dicha investigación a los estudiantes y donde además por normas de bioética los voluntarios a participar en la investigación, firman un consentimiento informado.(ver anexos), posterior a esto se procedió a entregar los instrumentos los cuales al lapso de 30 minutos fueron retirados.

4.2.4. Variables de estudio.

Se evalúan las siguientes variables: edad, género, periodo cursado, dimensiones de estrategias de afrontamiento y agresividad física, verbal, hostilidad e ira.

Constituyendo las variables dependientes: la edad, el género y el período cursado y como variables independientes denotaremos las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social, evitación de problemas, pensamientos desiderativos, autocrítica., retirada social y las expresiones de agresividad en sus formas física, verbal, hostilidad e ira.

4.2.5. Métodos e instrumentos

Descripción de los instrumentos.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Diversos son los cuestionarios diseñados e implementados para el estudio de las estrategias de afrontamiento, entre ellos se encuentra el cuestionario propuesto por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) a partir del inventario de Folkman y Lazarus (1980) y modificado en su adaptación española por Cano, Rodríguez y García (2007), el cual utilizamos en el presente estudio. En dicho cuestionario se agrupan 40 ítems que mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento, subdivididas en 8 estrategias principales, luego en 4 subescalas secundarias, y en 2 subescalas terciarias. Diferenciando entre estrategias de afrontamiento activo o dirigido a la acción como son: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social, y las estrategias de afrontamiento pasivo tales como: evitación de problemas, pensamientos desiderativos, autocrítica, y retirada social.

Las cuatro subescalas secundarias van dirigidas:

1. Centrada en el problema, que incluye resolución de problemas y reestructuración cognitiva.
2. Centrada en el manejo inadecuado del problema como evitación de problemas y pensamiento desiderativo.
3. Centrada en la emoción con el manejo adecuado de ésta, se expresa mediante el apoyo social y la expresión emocional.

4. Centrada inadecuadamente en la emoción y es dirigida a la acción, se representa por la retirada social y la autocrítica.

Estos ítems están representado en un formato tipo Likert de cinco alternativas puntuadas de 0 a 4 puntos: Para nada (0), Un poco (1), Medianamente (2), Mucho (3) y Totalmente (4). (Cano, Rodríguez y García, 2007). (Ver anexos).

Instrumento de Agresividad (AQ-R)

El Buss y Perry o Aggression Questionnaire (AQ) (1992) fue diseñado por los investigadores Arnold Buss y Mark Perry a los cuales debe su nombre, este instrumento consta con 29 ítems y ha sido adaptado a muchos países e idiomas, mostrando valores de confiabilidad alrededor de 0,75 y 0,80. En el 2001, Bryant y Smith desarrollaron una versión más breve del AQ, el cual incluía solo 12 ítems, en comparación al instrumento original, manteniendo su fiabilidad, esta versión reducida hace que se disponga de un instrumento breve y confiable. En 2006, Gallardo-Pujol y colaboradores, realizaron una adaptación y baremación de la versión breve en España y evalúa al igual que al anterior cuestionario descrito, cuatro aspectos de la conducta agresiva como los son la agresión física, la verbal, la ira y la hostilidad. Castellano y Castellano en el 2009, realizó una adaptación para Venezuela a partir de la adaptación española, manteniendo sus características comparativas y psicométricas, tales como: a) Formato de 12 ítems tipo Likert que comprende las sub escalas de Agresión Física, verbal, ira y hostilidad .b) Formato de cinco alternativas puntuadas de 1 a 5 puntos: Nunca(1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre(4) y Siempre (5).De tal manera que cada individuo se ubicaría en cada subescala en un rango de 3-15 puntos y en la puntuación total de la escala AQ-R en un rango de 12-60 puntos. Actualmente se conoce como el cuestionario de agresión reducido o Aggression Questionnaire (AQ-R) y es el autoinforme utilizado en esta investigación. (Buss y Perry, 1992; Andrés-Pueyo et al., s.f) Ver anexos.

Técnicas de Análisis De Datos

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales versión 15 (SPSS Statistics 15) para determinar la influencia de las variables género, grupo de edad, período cursado de la carrera y condición de regular o repetidor del estudiante sobre las escalas y subescalas de afrontamiento y agresividad se empleó la prueba t de Student y análisis de varianza para grupo de edad y período cursado de la carrera, el nivel de significación establecido fue de 0,05.

Resultados Capítulo 5

Resultados

Características sociodemográficas de los estudiantes bajo estudio

Al considerar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la conducta de agresividad en estudiantes, se consideró una muestra de 319 alumnos de la escuela de Bioanálisis en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes (ULA); de los cuales se halló que el 17,24% (n=55) eran hombres y 82,76% (n=264) mujeres mientras que por grupo de edad se distribuyó la muestra de la siguiente manera: el 33,86% (n=108) con edades entre los 17 y 19 años, el 34,80% (n= 111) entre los 20 y 22 años y el 31,35% (n= 100) mayor o igual a 23 años. (Ver Tabla N° 1)

Tabla N° 1.
Distribución de estudiantes de la Escuela de Bioanálisis
por género y grupo de edad

Grupo de edad	Género		Total n / %
	Hombre n/%	Mujer n/ %	
17-19a	14/4,39	94/29,47	108/33,86
20-22a	18/ 5,64	93/29,15	111/34,80
≥23a	23/7,21	77/24,14	100 /31,35
Total	55/ 17,24	264 /82,76	319 /100,0

Fuente: Cuestionario variables sociodemográficas

Por período cursado y condición del estudiante

De los 319 estudiantes de la carrera de Bioanálisis, el 44,51% (142) corresponden al primer y segundo semestre y denominado período inicial; el 25,72% (82) al quinto y sexto semestre y denominado período medio y el 29,78% (95) al octavo semestre y denominado período final. Por otra parte, el 82,13% (262) eran estudiantes que poseían la condición académica de regulares y 17,87% (57) de repetidores. (Ver Tabla N° 2)

Tabla N° 2.
Distribución estudiantes de la Escuela de Bioanálisis
Por período cursado, según condición de estudiante

Condición Académica	Período cursado			Total n / %
	Inicial n/ %	Medio n/ %	Final n/ %	
Regular	92/28,84	81 / 25,39	89 / 27,90	262 / 82,13
Repetidor	50 / 15,67	1 / 0,31	6 / 1,88	57 / 17,87
Total	142 / 44,51	82 / 25,71	95 / 29,78	319 / 100,0

Fuente: Cuestionario variables sociodemográficas

5.1. Análisis del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) en estudiantes de Bioanálisis de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la ULA

Los resultados de los sujetos de la muestra fueron evaluados mediante el cuestionario de Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), el cual permite cuantificar los puntajes de las escalas generales afrontamiento activo del estrés y afrontamiento pasivo del estrés, así como, de las subescalas resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

De este modo, los resultados de estas escalas y subescalas de afrontamiento fueron comparadas en las variables género, grupo de edad, período cursado de la carrera y condición académica del estudiante, para ello se empleó la prueba T para las variables género y condición de estudiante, y análisis de varianza para grupo de edad y período cursado de la carrera, el nivel de significación establecido fue de 0,05.

Por género

Cuando se compararon las puntuaciones de las escalas y subescalas de afrontamiento y la variable género, se encontró que los hombres se mostraron más autocríticos que las mujeres en forma significativa con $P (0,041)$, donde los hombres presentaron una media de 11,22 puntos, mientras que para las mujeres la media se ubicó en 9,69 puntos; es importante señalar que la subescala autocrítica forma parte la escala afrontamiento pasivo del estrés. Pero la expresión emocional es significativa a favor de las mujeres con $P (0,024)$, donde las mujeres presentaron una media de 12,48 puntos mientras que para los hombres se mostró una media de 10,67 puntos y así también para la subescala Apoyo Social donde se observó una diferencia significativa con $P (0,099)$, las mujeres presentaron una media de 14,28 puntos y los hombres una media de 13,11 puntos.

Por su parte, en las demás escalas generales y el resto de las subescalas no se hallaron diferencias significativas, tal como se muestra en la tabla N° 3.

Tabla N° 3.
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por género

Escalas / Subescalas	Género		P
	Hombres	Mujeres	
	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	54,04 (13,02)	56,08 (13,61)	0,308
Afrontamiento pasivo del estrés	43,25 (11,79)	41,21 (14,37)	0,324
Resolución de problemas	15,89 (3,3)	15,05 (3,82)	0,130
Autocrítica	11,22 (4,54)	9,69 (5,12)	0,041*
Expresión emocional	10,67 (5,48)	12,48 (4,22)	0,024*
Pensamiento desiderativo	11,78 (4,81)	12,57 (4,97)	0,281
Apoyo social	13,11 (5,2)	14,28 (4,68)	0,099*
Reestructuración cognitiva	14,36 (4,16)	14,27 (4,22)	0,879
Evitación de problemas	11,13 (4,09)	10,7 (4,12)	0,488
Retirada Social	9,13 (4,55)	8,24 (4,7)	0,201

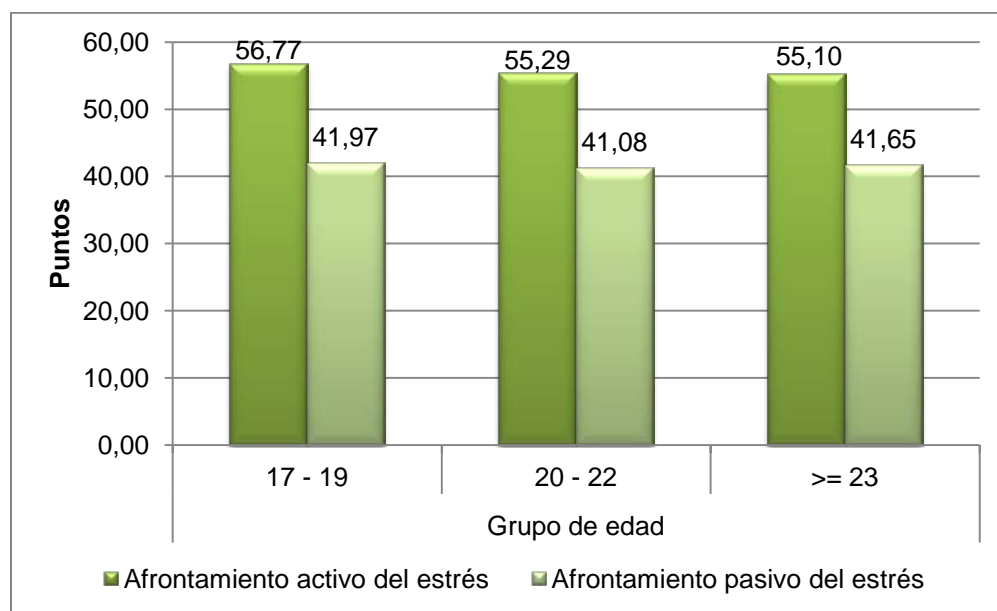
Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. T de Student.

Fuente cálculos propios

Por grupo de edad

En relación a la comparación entre los grupos de edad de las escalas y subescalas de afrontamiento, no se encontraron diferencias significativas, como se muestra en el gráfico N° 1. Se observa las puntuaciones promedios de las escalas generales afrontamiento activo del estrés y afrontamiento pasivo del estrés, donde los resultados son muy similares para los grupos de edad, cabe destacar que el afrontamiento activo del estrés presentó un puntaje promedio que oscila entre 55,10 y 56,77 puntos, el cual es superior a los del afrontamiento pasivo del estrés que fluctúan entre 41,08 y 41,97 puntos.

Gráfico N° 1.
Puntaje promedio de las escalas de afrontamiento por grupo de edad

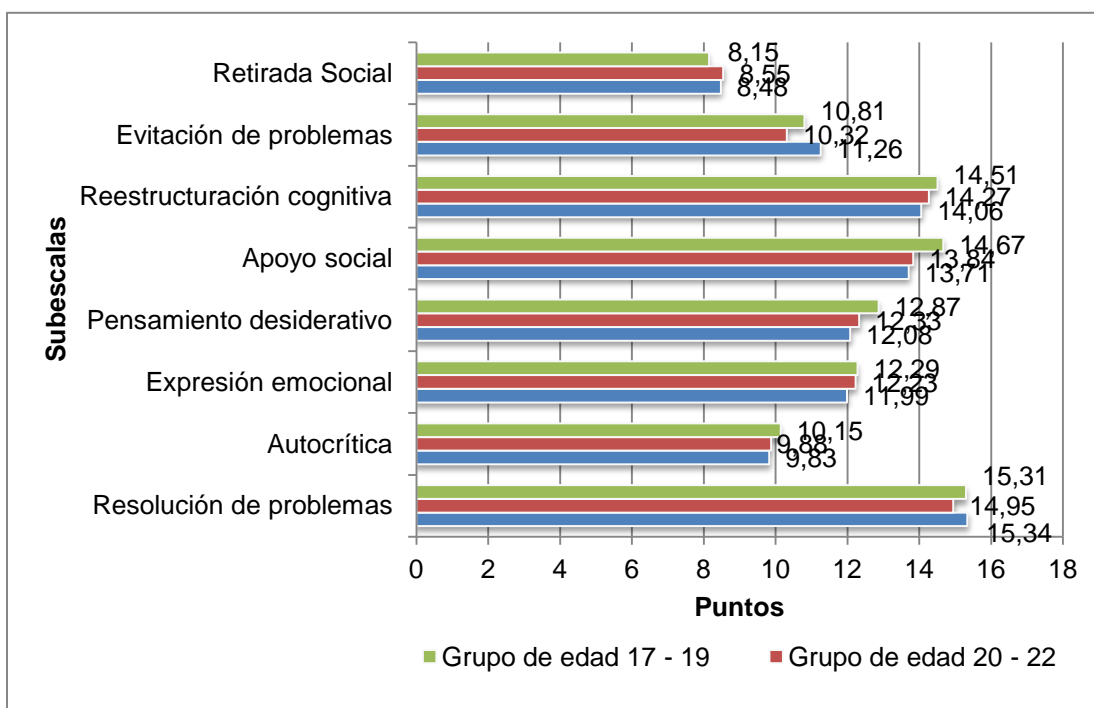


Fuente: Cálculos propios

Para las subescalas del afrontamiento se observó un comportamiento similar en los grupos de edad; y así, en las subescalas con mayor puntuación corresponden a resolución de problemas (entre 14,95 y 15,34 puntos), reestructuración cognitiva (entre 14,06 y 14,51 puntos), apoyo social (entre 13,71 y 14,57 puntos) y expresión emocional (entre 11,99 y 12,29 puntos) las cuales conforman la escala afrontamiento positivo del estrés, por otra parte, se observó alta puntuación en pensamiento desiderativo (entre 12,08 y 12,87 puntos) y menor puntaje para evitación de problemas (entre 10,32 y 11,26 puntos), autocrítica (entre 9,83 y 10,15 puntos) y retirada social (entre 8,15 y 8,55 puntos) las cuales se agrupan en la escala afrontamiento pasivo del estrés, como se muestra en el gráfico N° 2.

Gráfico N° 2.

Puntaje promedio de las subescalas de afrontamiento por grupo de edad



Fuente: Cálculos propios

Por período cursado de la carrera

Al considerar los períodos de la carrera de los sujetos de la muestra no se encontró diferencias significativas para las escalas generales afrontamiento activo y afrontamiento pasivo del estrés, sin embargo, se observó diferencias significativas en los puntajes promedios de la subescala pensamiento desiderativo con $P (0,003)$; no se encontraron diferencias para el resto de las subescalas. (Ver tabla N° 4)

Tabla N° 4.
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento
por período cursado de la carrera

Escalas / Subescalas	Período cursado de la carrera			P
	Inicial	Medio	Final	
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	55,67 (12,76)	57,85 (11,47)	53,99 (15,91)	0,165
Afrontamiento pasivo del estrés	41,65 (13,38)	39,86 (13,56)	41,56 (13,97)	0,323
Resolución de problemas	15,01 (3,71)	15,89 (3,26)	14,87 (4,13)	0,144
Autocrítica	10,54 (5,14)	9,73 (5,25)	9,28 (4,68)	0,157
Expresión emocional	12,25 (4,61)	12,56 (4,14)	11,72 (4,66)	0,444
Pensamiento desiderativo	13,01 (4,99)	13,11 (4,8)	11 (4,74)	0,003*
Apoyo social	14,23 (4,65)	14,56 (4,16)	13,44 (5,42)	0,266
Reestructuración cognitiva	14,18 (4,19)	14,84 (3,7)	13,96 (4,61)	0,351
Evitación de problemas	10,77 (4,4)	10,52 (3,93)	11 (3,83)	0,746
Retirada Social	8,33 (4,7)	8,28 (4,37)	8,58 (4,96)	0,896

Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. *T de Student*

Fuente: Cálculos propios

Para determinar en cual período de la carrera se encuentran las diferencias señaladas anteriormente en la subescala pensamiento desiderativo, se realizó un test a posteriori mediante el estadístico Tukey para las comparaciones múltiples entre los distintos períodos de la carrera.

Los resultados obtenidos muestran diferencias entre el período final de la carrera con relación a los períodos inicial y medio con $P(0,006)$ y $P(0,012)$ respectivamente. Al observar la media de la subescala pensamiento desiderativo en los distintos períodos, se tiene que los estudiantes que están en la etapa final (11 puntos) de la carrera presentan un valor inferior a los del nivel inicial (13,01 puntos) y medio (13,11 puntos). (Ver tabla N° 5)

Tabla N° 5.
Comparación múltiple subescala pensamiento desiderativo
por período cursado de la carrera

HSD de Tukey				
Subescala	(I) Período cursado de la carrera	(J) Período cursado de la carrera	Diferencia de medias (I-J)	P
Pensamiento desiderativo	Final $\bar{x} = 11$	Inicial $\bar{x} = 13,01$	-2,01 (*)	0,006
		Medio $\bar{x} = 13,11$	-2,11 (*)	0,012

(*) La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05. T de Student

\bar{x} : media muestral

Por condición de estudiante

Al comparar los estudiantes regulares y repetidores con los promedios de las escalas y subescalas de afrontamiento, se encontró diferencias significativas para la escala afrontamiento pasivo del estrés con $P(0,003)$ y para las subescalas autocrítica y retirada social con $P(0,002)$ y $P(0,013)$ respectivamente, donde los estudiantes en condición de repetidor presentaron un puntaje promedio superior a los estudiantes regulares, es decir, los estudiantes repetidores presentan mayor afrontamiento pasivo del estrés, autocrítica y retirada social con respecto a los estudiantes regulares como se muestra en el tabla N° 6.

Tabla N° 6.

Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento por condición académica

Escalas / Subescalas	Condición académica		P
	Regular	Repetidor	
	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	55,83 (13,48)	55,28 (13,77)	0,782
Afrontamiento pasivo del estrés	40,49 (13,61)	46,47 (14,65)	0,003*
Resolución de problemas	15,34 (3,72)	14,53 (3,81)	0,138
Autocrítica	9,56 (4,99)	11,79 (4,96)	0,002*
Expresión emocional	11,99 (4,55)	13,02 (4,26)	0,119
Pensamiento desiderativo	12,21 (4,91)	13,46 (5,01)	0,085
Apoyo social	14,08 (4,79)	14,09 (4,8)	0,987
Reestructuración cognitiva	14,42 (4,18)	13,65 (4,29)	0,208
Evitación de problemas	10,63 (3,98)	11,44 (4,63)	0,180
Retirada Social	8,09 (4,6)	9,79 (4,86)	0,013*

Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. T de Student. Fuente: Cálculos propios

5.2. Análisis de los aspectos de la conducta agresiva en estudiantes de Bioanálisis de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la ULA

Para medir la conducta agresiva de los estudiantes se aplicó el instrumento de agresividad (AQ-R), el cual mide cuatro aspectos de la conducta agresiva como son la agresión física, verbal, ira y hostilidad, estos aspectos se compararon en las variables género, grupo de edad, período de la carrera y estudiantes regulares y repetidor, empleando las pruebas t y análisis de varianza con nivel de significación de 0,05.

Por género

Al comparar por género los aspectos de la conducta agresiva, se observó diferencias significativas en el puntaje promedio de la conducta agresión física con P (0,013), donde los hombres (4,33 puntos) presentaron un puntaje promedio superior a las mujeres (3,61 puntos), es decir, los hombres emplean más la agresión física que las mujeres. Para el resto de las conductas no se observó diferencias significativas. (Ver tabla N° 7)

Tabla N° 7.
Comparación de la conducta agresiva por género

Conducta agresiva	Género		P
	Hombres	Mujeres	
	Media (DS)	Media (DS)	
Agresión física	4,33 (1,99)	3,61 (1,27)	0,013*
Agresión verbal	6,65 (2,04)	6,49 (1,88)	0,571
Hostilidad	5,44 (2,41)	5,8 (2,1)	0,254
Ira	5,82 (2,72)	6,24 (2,3)	0,234
Escala total	22,23 (7,00)	22,13 (5,66)	0,916

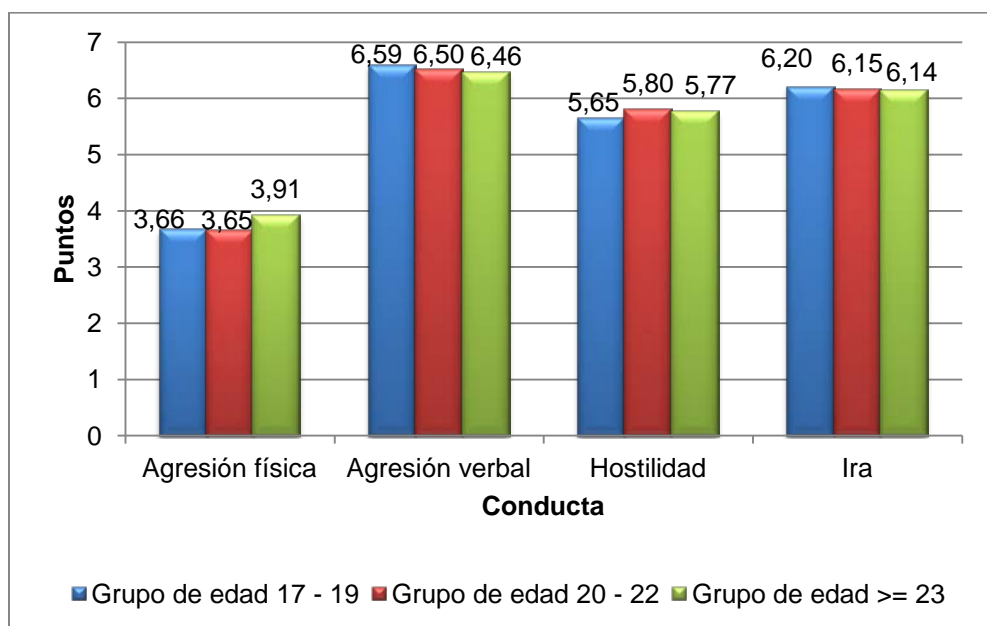
Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. T de Student.

Fuente: Cálculos propios

Por grupo de edad

Para los grupos de edad no se encontraron diferencias significativas en los aspectos de la conducta agresiva de los estudiantes, el comportamiento de los puntajes promedios de las conductas en los grupos de edad fueron muy similares, sin embargo, cabe destacar que la conducta con mayor puntaje corresponde a la agresión verbal cuyos puntajes oscilan entre 6,46 y 6,59 puntos, seguidamente de la ira con puntajes promedios entre 6,14 y 6,20 puntos, la hostilidad cuyos promedios fluctúan entre 5,65 y 5,80 puntos y por último la agresión física con promedios entre 3,65 y 3,91 puntos. (Ver gráfico N° 3)

Gráfico N° 3.
Puntaje promedio de las conductas agresivas por grupo de edad

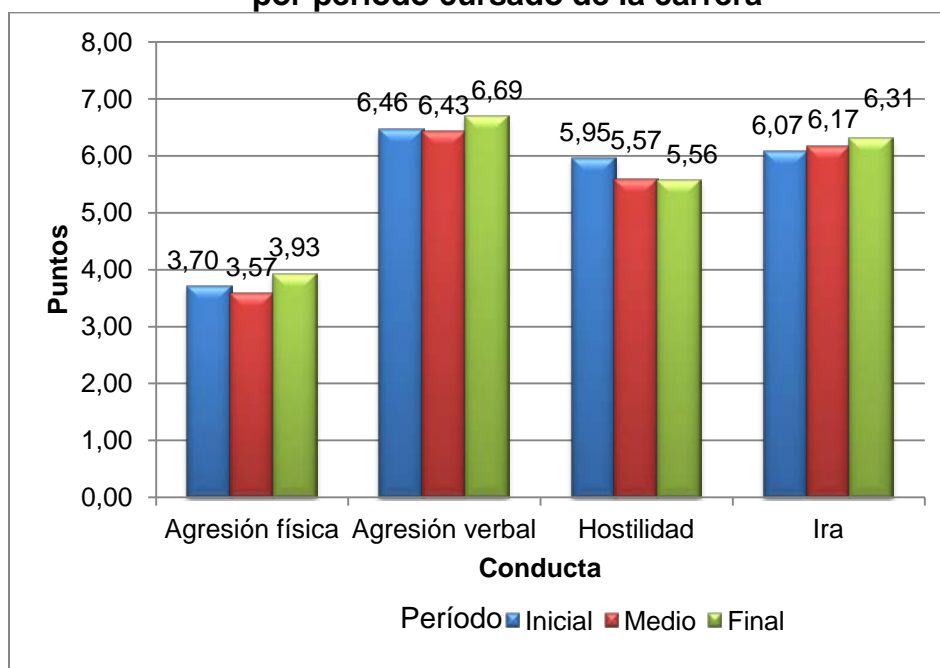


Fuente: Cálculos propios

Por período cursado de la carrera

En relación al período de la carrera no se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedios de las conductas agresivas, este resultado es muy parecido al observado por grupo de edad, en donde el mayor puntaje corresponde a la agresión física con puntajes promedios entre 6,43 y 6,69 puntos, posteriormente la ira entre 6,07 y 6,31 puntos, la hostilidad con promedios que oscilan entre 5,56 y 5,95 puntos y finalmente la agresión física con promedios entre 3,57 y 3,93 puntos. (Ver gráfico N° 4).

Gráfico N° 4.
Puntaje promedio de las conductas agresivas
por período cursado de la carrera



Fuente: Cálculos propios

Por condición de estudiante

Se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedios de la conducta hostilidad entre los estudiantes regulares y repetidores con P (0,009), donde el puntaje promedio de los estudiantes repetidores (6,54 puntos) es mayor que el de los regulares (5,56). (Ver tabla N° 8)

Tabla N° 8.
Comparación de la conducta agresiva por condición del estudiante

Conducta agresiva	Condición del estudiante		P
	Regular	Repetidor	
	Media (DS)	Media (DS)	
Agresión física	3,71 (1,38)	3,82 (1,72)	0,600
Agresión verbal	6,46 (1,86)	6,79 (2,09)	0,242
Hostilidad	5,56 (2,01)	6,54 (2,61)	0,009*
Ira	6,1 (2,25)	6,46 (2,9)	0,311
Escala total	21,82 (5,61)	23,61 (6,95)	0,074

Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. T de Student.

Fuente: Cálculos propios

5.3 Relación entre los aspectos de la conducta agresiva y estrategias de afrontamiento (CSI) en estudiantes de Bioanálisis de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la ULA

A fin de poder determinar la relación entre la conducta agresiva y las estrategias de afrontamiento se empleó la prueba t de Student con un nivel de significación de 0,05, previamente, las conductas agresión física, verbal, hostilidad e ira fueron transformadas en variables dicotómicas a partir de los valores de la mediana, para obtener grupos homogéneos, es decir, de tamaños de elementos (estudiantes) similares. (Ver tabla N° 9.)

Tabla N° 9.
Transformación de la conducta agresiva

Conducta	Mediana	Grupo 1	Grupo 2
Agresión física	3	3	>3
Agresión verbal	6	(3-6)	(7-15)
Hostilidad	5	(3-5)	(6-15)
Ira	6	(3-6)	(7-15)

Fuente: Cálculos propios

Agresión física.

La conducta agresión física se dividió en dos grupos de estudiantes a saber, aquellos con puntaje igual a 3 puntos y los mayores a 3 puntos, en estos grupos se encontraron diferencias significativas para la escala afrontamiento pasivo del estrés con $P(0,000)$ y en las subescalas autocrítica $P(0,000)$, expresión emocional $P(0,005)$, pensamiento desiderativo $P(0,000)$ y retirada social $P(0,000)$. Al observar los promedios se tiene que el grupo igual a 3 puntos presenta promedios inferiores con respecto al grupo mayor a 3 puntos, es decir, que a mayor puntaje en la conducta agresión física esta presenta mayor puntaje en afrontamiento pasivo del estrés, autocrítica, expresión emocional y retirada social. (Ver tabla N° 10).

Tabla N° 10.
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento
por grupos de agresión física

Escalas / Subescalas	Agresión física		P
	3	> 3	
	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	55,08 (14,29)	57,17 (11,54)	0,202
Afrontamiento pasivo del estrés	38,83 (14,13)	47,63 (11,52)	0,000*
Resolución de problemas	15,25 (3,92)	15,06 (3,33)	0,669
Autocrítica	9,18 (5,09)	11,69 (4,53)	0,000*
Expresión emocional	11,7 (4,51)	13,22 (4,34)	0,005*
Pensamiento desiderativo	11,54 (5,07)	14,42 (4,01)	0,000 *
Apoyo social	14,09 (5,04)	14,06 (4,17)	0,962
Reestructuración cognitiva	14,04 (4,33)	14,83 (3,88)	0,122
Evitación de problemas	10,49 (4,2)	11,41 (3,85)	0,063
Retirada Social	7,62 (4,61)	10,1 (4,39)	0,000*

Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. T de Student

Fuente: Cálculos propios

Agresión verbal.

Los puntajes de la agresión verbal fueron categorizados según la mediana en dos grupos, el primero por estudiantes con puntajes entre 3 y 6 y el segundo entre 7 y 15 puntos. Para estos grupos se observó diferencias significativas para la escala afrontamiento pasivo del estrés con $P(0,000)$ y para las subescalas autocrítica $P(0,001)$, expresión emocional $P(0,002)$, pensamiento desiderativo $P(0,002)$ y retirada social $P(0,001)$, siendo los promedios del grupo 3 a 6 puntos inferior a los del grupo 7 a 15 puntos, por tanto a mayor puntaje de agresión verbal se tiene un mayor puntaje de afrontamiento pasivo del estrés, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo y retirada social. (Ver tabla N° 11)

Tabla N° 11.
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento
por grupos de agresión verbal

Escalas / Subescalas	Agresión verbal		P
	(3 - 6)	(7 - 15)	
	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	54,27 (14,44)	57,38 (12,22)	0,040
Afrontamiento pasivo del estrés	38,7 (14,45)	44,79 (12,7)	0,000*
Resolución de problemas	15,1 (3,98)	15,3 (3,48)	0,636
Autocrítica	9,1 (5,1)	10,92 (4,83)	0,001*
Expresión emocional	11,43 (4,54)	13,01 (4,34)	0,002*
Pensamiento desiderativo	11,65 (5,13)	13,32 (4,58)	0,002*
Apoyo social	13,75 (4,98)	14,45 (4,54)	0,188
Reestructuración cognitiva	13,99 (4,32)	14,61 (4,05)	0,189
Evitación de problemas	10,37 (4,19)	11,24 (3,98)	0,058
Retirada Social	7,58 (4,64)	9,31 (4,57)	0,001*

Desviación estándar; Significación: $p: \leq 0,05$. T de Student.

Fuente: Cálculos propios

Hostilidad.

Para la hostilidad se establecieron dos grupos en función de la mediana, estos son: grupo 1 de 3 a 5, y grupo 2 de 6 a 15 puntos, en estos se encontraron diferencias significativas para las escalas afrontamiento positivo al estrés con $P(0,019)$, donde para el grupo 1 (3-5) el promedio fue superior al grupo 2 (6-15), es decir, que a menor puntaje de hostilidad se tiene un mayor puntaje de afrontamiento activo al estrés, también se encontró diferencias en la escala afrontamiento pasivo del estrés con $P(0,000)$, en este caso el comportamiento es contrario al anteriormente descrito, por tanto a mayor puntaje de hostilidad se tiene mayor puntaje en el afrontamiento pasivo del estrés.

Con relación a las subescalas se observó diferencias significativas para la resolución de problemas con $P(0,001)$, apoyo social $P(0,005)$ y reestructuración cognitiva $P(0,001)$, donde el puntaje promedio de estas subescalas en el grupo 1 (3-5) es mayor con relación al grupo 2 (6-15), por lo cual a menor puntaje de la conducta hostilidad se tiene un mayor puntaje en las anteriores subescalas, asimismo, se encontró diferencias significativas en las subescalas autocrítica $P(0,000)$, pensamiento desiderativo $P(0,000)$ y retirada social $P(0,000)$, siendo los promedios del grupo 2 (6-15) superiores a los del grupo 1 (3-5), por tanto, a mayor puntaje de hostilidad se tiene mayor puntaje de autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social. (Ver tabla N° 12)

Tabla N° 12.
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento
por grupos de hostilidad

Escalas / Subescalas	Hostilidad		P
	(3 - 5)	(6 - 15)	
	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	57,34 (13,62)	53,78 (13,16)	0,019*
Afrontamiento pasivo del estrés	38,15 (13,71)	45,71 (13,18)	0,000*
Resolución de problemas	15,8 (3,67)	14,46 (3,72)	0,001*
Autocrítica	8,55 (5,1)	11,66 (4,45)	0,000*
Expresión emocional	11,79 (4,61)	12,64 (4,35)	0,094
Pensamiento desiderativo	11,5 (5,03)	13,58 (4,6)	0,000*
Apoyo social	14,76 (4,77)	13,25 (4,68)	0,005*
Reestructuración cognitiva	14,99 (4,26)	13,43 (3,97)	0,001*
Evitación de problemas	10,85 (4,14)	10,69 (4,08)	0,723
Retirada Social	7,25 (4,54)	9,78 (4,48)	0,000*

Desviación estándar; Significación: $p \leq 0,05$. T de Student.

Fuente: Cálculos propios

Ira.

Los grupos establecidos para la ira fueron: grupo 1 de 3 a 6 puntos y grupo 2 de 7 a 15 puntos, en estos, se observaron diferencias significativas para la escala afrontamiento pasivo del estrés con $P(0,000)$ y las subescalas autocrítica $P(0,000)$, expresión emocional $P(0,004)$, pensamiento desiderativo $P(0,003)$ y retirada social $P(0,007)$, donde los puntajes promedios del grupo 2 (7-15) fueron superior al del grupo 1 (3-6), por tanto se tiene que a mayor puntaje de la conducta ira se tiene un mayor puntaje en la escala y subescalas anteriormente señaladas. Tal como se muestra en el tabla N° 13.

Tabla N° 13.
Comparación de las escalas y subescalas de afrontamiento
por grupos de ira

Escalas / Subescalas	Ira		P
	(3 - 6)	(7 - 15)	
	Media (DS)	Media (DS)	
Afrontamiento activo del estrés	55,48 (13,75)	56,11 (13,2)	0,684
Afrontamiento pasivo del estrés	39,28 (14,21)	45,01 (12,9)	0,000*
Resolución de problemas	15,48 (3,52)	14,76 (4,04)	0,095
Autocrítica	9,16 (5,28)	11,16 (4,43)	0,000*
Expresión emocional	11,58 (4,6)	13,06 (4,23)	0,004*
Pensamiento desiderativo	11,77 (5,05)	13,44 (4,62)	0,003*
Apoyo social	14,05 (4,94)	14,12 (4,55)	0,904
Reestructuración cognitiva	14,36 (4,24)	14,17 (4,16)	0,679
Evitación de problemas	10,53 (4,2)	11,16 (3,95)	0,179
Retirada Social	7,82 (4,82)	9,25 (4,35)	0,007*

Desviación estándar; Significación: $p \leq 0,05$. T de Student.

Fuente: Cálculos propios

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación se discutirán a continuación, donde se confrontarán con algunos estudios citados en el Capítulo I que utilizan instrumentos de medición similares. En esta investigación se realiza lo original y pertinente debido a los escasos trabajos que relacionan las estrategias de afrontamiento con la agresividad en estudiantes.

Objetivo Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento de los estudiantes y las variables demográficas.

Los resultados obtenidos en la determinación de las estrategias de afrontamiento en función a la variable género, indican una diferencia significativa para la sub escala autocrítica (perteneciente al manejo inadecuado de la emoción y es un tipo de afrontamiento pasivo) a favor de los hombres con respecto a las mujeres. En contraposición con los trabajos realizados por González Cabanach et al (2009), donde refiere que los hombres optan por el empleo de estrategias de reevaluación positiva o de planificación de forma significativamente superior a las mujeres, las cuales son estrategias cognitivas y de afrontamiento activo.

En los resultados de este trabajo se observa una diferencia significativa en el promedio de la subescala expresión emocional a favor de las mujeres con respecto a los hombres y una mayor presencia en la búsqueda de apoyo social en las mujeres (ambas estrategias pertenecientes al adecuado manejo de la emoción y afrontamiento activo). Resultados similares se encontraron el trabajo de Martín et al. (s.f) quienes reportan la estrategia de expresión emocional donde las mujeres superan significativamente a los hombres.

No se encontraron diferencias significativas entre el afrontamiento activo y pasivo del estrés en nuestro trabajo en concordancia con los resultados del trabajo realizado por Felipe y León del Barco (2010), donde no encontró diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento activas o pasivas. Pero a diferencia de los trabajos realizados por Rivas (2010), cuyos resultados

evidenciaron que la mayoría de los estudiantes utilizaron la estrategia de resolución de problemas, seguida de reestructuración cognitiva y apoyo social siendo todas estas estrategias de afrontamiento activo del estrés, asimismo también difiere de los resultados de Salas (2010), donde predominó el apoyo social y resolución de problemas y concluyó que los estudiantes presentan un manejo adecuado al afrontar el estrés y contrariamente a los resultados de Rodríguez (1997) donde las estrategias de afrontamiento van más dirigidas al manejo emocional que al manejo del problema, concluyendo que los estudiantes recurren a estrategias de afrontamiento inadecuadas y en igual forma con Herrera y Guarino (2008), quienes reportan que los estudiantes utilizan el afrontamiento más emocional y evitativo para afrontar situaciones interpersonales estresantes. Esta diversidad de resultados se podría explicar de acuerdo al planteamiento de Lazarus y Folkman (1986) donde manifiestan que la utilización de las estrategias va a depender de la percepción por parte de la persona y de la situación que debe afrontar.

En cuanto al período cursado de la carrera (inicio, medio y final) no se observan diferencias significativas entre el afrontamiento activo ni el pasivo, pero en relación a las subescalas, se observó una diferencia significativa en la subescala pensamientos desiderativos (la cual es una estrategia centrada inadecuadamente en el problema) en el período final donde se presenta un valor inferior promedio con respecto al período inicial y medio. Es decir los estudiantes de los dos primeros períodos de la carrera (inicial y medio) utilizan más el pensamiento desiderativo, como estrategia de afrontamiento. Resultados parecidos se observan en el trabajo de Rivas (2010) donde los estudiantes de primer año tienen los puntajes más altos en la subescala pensamiento desiderativos. De la misma manera con Martín et al. (s.f) donde los resultados en cuanto a la diferencias entre cursos indican que los estudiantes del primer curso tienden a utilizar más estrategias de negación, control emocional y distanciamiento que los otros cursos, la estrategia de negación tiende a ser más alta en estudiantes del primer y segundo con respecto al tercer curso, esta estrategia

representa una ausencia de aceptación del problema por lo cual podemos inferir que los estudiantes al inicio de la carrera utilizan más estrategias inadecuadas de tipo pasivo, y aunque esto pueda deberse a múltiples factores, posiblemente también influya la adaptación al nuevo ambiente universitario.

A diferencia de los resultados de Salas (2010) donde el pensamiento desiderativo además de observarse con mayores valores promedios en el inicio (primer año) también se observa al final de la carrera (quinto año), contrariamente a los resultados de nuestro trabajo donde el pensamiento desiderativo disminuye con el avance académico de la carrera.

Al clasificar a los estudiantes en regulares y repetidores, se encontraron diferencias significativas para la escala afrontamiento pasivo del estrés, donde los estudiantes repetidores recurren más estrategias pasivas como la autocrítica y la retirada social y donde obtuvieron un puntaje promedio superior con respecto a los estudiantes regulares, a diferencia de los resultados obtenidos por Ticona et al (2010) donde no se observó diferencias entre estudiantes regulares y repetidores y las estrategias más utilizadas por los estudiantes fueron planificación y afrontamiento activo del estrés.

Objetivo Determinar la relación entre los componentes de la conducta agresiva de los estudiantes y las variables sociodemográficas.

En la determinación de los componentes de la conducta agresiva de los estudiantes y su relación con las variables demográficas se obtuvieron los siguientes resultados.

En relación a la variable género, los resultados obtenidos indican una diferencia significativa en el componente agresión física a favor de los hombres donde obtienen un puntaje superior a las mujeres. En concordancia con los trabajos descritos en el capítulo I (Reyna et al., 2011; Sierra y Gutiérrez, 2007;

Gallardo et al., 2006; Castrillón y Vieco, 2002; Andreu et al., 2001; García –León et al., 2002) y apoyando lo referido en la literatura donde se le adjudica a los hombres una mayor predisposición a la agresión física en relación a las mujeres y se indica los tipos preferidos de la agresión son diferentes para hombres y mujeres. Los varones prefieren la agresión directa, mientras que las mujeres prefieren la agresión indirecta (Oesterman et al., en Anderson y Bushman, 2002). Las mujeres por su parte presentan una preferencia para los componentes Ira y Hostilidad respectivamente en consonancia con resultados reportados por trabajos anteriores. (Reyna et al., 2011; Sierra y Gutiérrez, 2007; Gallardo et al., 2006; Castrillón y Vieco, 2002; Andreu et al., 2001; García –León et al., 2002) pero difiere de los resultados de Sommantico et al. (2008) donde se observaron puntajes más altos de hostilidad en los hombres, componente generalmente asociado a las mujeres. También de Andreu et al. (2001) quienes refieren que los hombres mostraron mayor impulsividad y hostilidad en las mujeres. Según algunos investigadores como Lightdale y Prentice (1994) creen que está diferencia entre hombres y mujeres se debe al aprendizaje y la socialización más que factores hormonales (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2000, p. 309). Asimismo lo sostiene White (2001) en Anderson y Bushman (2002) cuando sugiere que muchas de estas diferencias resultan de las experiencias de socialización diferentes.

En lo referente a los resultados de la variable edad y curso no se encontraron diferencias significativas en los componentes de la agresividad, siendo el orden de preferencia de estos componentes muy parecido en estas variables, resultando la primera la agresión verbal, seguida de la ira, luego la hostilidad y por último la agresión física. No encontrándose entre los antecedentes estudios referentes a estas variables con las cuales establecer comparaciones.

En cuanto a la variable tipo de estudiante regular o repetidor se observó diferencias significativas en el componente hostilidad siendo mayor en los estudiantes repetidores que en los estudiantes regulares. No se encuentran

estudios con los cuales establecer comparaciones entre el componente hostilidad y tipo de estudiante (regular o repetidor) por lo que solo se exponen nuestros resultados.

Objetivo. Establecer la relación entre los componentes de Agresividad y las Estrategias de Afrontamiento en los estudiantes.

Para establecer la relación entre los componentes de agresividad y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes se establecieron dos grupos homogéneos de estudiantes, previamente los componentes de la agresión se transforman en variables dicotómicas a partir de los valores de la mediana para tal fin.

Con respecto a los componentes **agresión física y agresión verbal**, al establecer dos grupos, el grupo 1 y grupo 2, se observó diferencias significativas entre ambos grupos en el uso de estrategias pasivas del estrés con $P (0,000)$ y en las subescalas autocrítica, pensamiento desiderativo, retirada social y por último expresión emocional, donde el grupo 2 obtuvo promedios superiores al grupo 1, lo que indica que a mayor puntaje del componente agresión física y verbal es mayor el afrontamiento pasivo del estrés y sus subescalas. Siendo el componente agresión física, emocional y está vinculado a la activación fisiológica, y la agresión verbal, el componente motor o instrumental de la conducta agresiva, ambos se ven relacionados positivamente con estrategias inadecuadas de la emoción e inadecuadas centradas en el problema. Estos resultados indican que cuando estas estrategias de afrontamiento pasivo se incrementan también lo hacen los componentes de la agresividad. Resultados similares son reportados por Samper et al. (2008) donde establece relaciones negativas entre el nivel de agresividad física y verbal y las estrategias de afrontamiento productivo que consisten en buscar apoyo social, resolver el problema, esforzarse, tener éxito y preocuparse.

En lo referente al componente **hostilidad** al establecer dos grupos se observó diferencias significativas $P (0,019)$, para el afrontamiento activo del estrés y en las subescalas resolución de problemas, reestructuración cognitiva y apoyo social, donde el puntaje del grupo 1 fue superior al del grupo 2, lo que indica que a mayor puntaje en la utilización de estrategias de afrontamiento activo del estrés, menor es la hostilidad, estableciendo una relación negativa. Contrariamente se observa diferencias significativas $P (0,000)$ en el uso de las estrategias pasivas del estrés, donde el grupo 2 obtiene un puntaje mayor sobre el grupo 1 y en las subescalas, pensamiento desiderativo, autocrítica y retirada social, es decir a mayor hostilidad mayor uso de estrategias pasivas. Relacionándose positivamente la hostilidad con el afrontamiento pasivo del estrés, la autocrítica, el pensamiento desiderativo y retirada social.

Para el componente **Ira** se establecieron dos grupos 1 y 2. Los resultados obtenidos arrojaron diferencias significativas para el afrontamiento pasivo del estrés y en las subescalas autocrítica, pensamiento desiderativo, retirada social y expresión emocional donde el grupo 2 obtuvo mayores puntajes con respecto al grupo 1 por lo que podemos entender que así como la ira es un componente de la emoción, establece una relación positiva con estrategias inadecuadas centradas en la emoción como los son la autocrítica y la retirada social, y también a la expresión emocional la cual es también una estrategia de centrada en la emoción. Estableciendo una relación negativa entre la ira y las estrategias activa del estrés.

Samper et al. (2008) concluye que los adolescentes con un nivel alto de agresividad utilizan en mayor medida estilos de afrontamiento improductivo. Resultados similares son observados en nuestro trabajo. Asimismo, no se encuentran estudios realizados en los estudiantes de Bioanálisis, tampoco en la ULA que utilicen ambos instrumentos: de afrontamiento (CSI) y agresividad (AQR) simultáneamente.

CONCLUSIONES

Basándonos en los objetivos planteados, los resultados y el análisis e interpretación de los mismos en la presente investigación, se concluye lo siguiente:

1. Los estudiantes repetidores utilizaron en mayor medida estrategias pasivas de afrontamiento en especial la autocrítica, el pensamiento desiderativo y la retirada social con lo cual también incrementaron sus niveles de agresividad fundamentalmente en el comportamiento hostil.
2. El afrontamiento pasivo está relacionado positivamente con la agresión en sus cuatro componentes, indicando que los estudiantes que enfrentan pasivamente el estrés presentan mayores niveles de agresividad que los que utilizan adecuadas estrategias de afrontamiento. El afrontamiento activo del estrés no se relaciona con las dimensiones de agresividad evaluadas en los estudiantes.
3. Los hombres presentaron mayores niveles de agresión física que las mujeres, mientras que las mujeres recurrieron más agresión indirecta como la ira y la hostilidad.
4. Las estrategias pasivas influyen directamente en la conducta agresiva.
5. No se observaron a manera general diferencias significativas entre edades, períodos de cursos de la carrera, ni entre el afrontamiento activo ni pasivo del estrés.

6. Al desglosar por género la muestra en estudio se observa el predominio del género femenino con el 82,76% y por lo reducido de la muestra masculina (17,24%) debemos ser cauteloso a la hora de emitir juicios sobre la diferencias de género, sin embargo, en el presente trabajo se muestra que los hombres recurrieron más a estrategias de afrontamiento pasivo que las mujeres, mientras que las mujeres tienden a utilizar las estrategias de tipo activo como la expresión emocional y el apoyo social.

RECOMENDACIONES

1. Poner del conocimiento de las autoridades de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes y del Vicerrectorado Académico de los resultados de este trabajo de investigación.
2. La creación del programa de profesores tutoriales en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis enmarcados en el macro proyecto Universidad Saludable de la Universidad Autónoma de Madrid y extender este programa a todas las facultades de la Universidad de Los Andes.
3. Extender esta investigación al resto de facultades de la ULA, para estudiar el nivel de agresividad de los estudiantes universitarios e implementar acciones correctivas a través de programas de orientación, ayuda y educación, que permitan fomentar la salud mental y la preparación de los nuevos profesionales como agentes de cambio social orientados a la formación de una sociedad más equilibrada, tolerante y menos agresiva.
4. Se propone la creación de un programa de orientación en la Facultad de Farmacia y Bioanálisis que trabaje en función de reforzar la salud mental positiva en los estudiantes, de tal modo que les permita enfrentar de manera adecuada las tensiones cotidianas y el estrés académico, mejorar sus relaciones interpersonales y disminuir los niveles de agresividad, haciendo mayor énfasis en los estudiantes repetidores con lo cual se esperaría obtener un mejor rendimiento académico, una mayor salud psicofísica y bienestar estudiantil.

Bibliografía

- Alcázar, M., Verdejo, A., Bouso, J. y Bezos, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev Neurol.* 50(5) ,291-299.
- Amórtegui, D. (2005). Violencia en el Ámbito Universitario: El caso de la Universidad Nacional de Colombia. *Rev. Salud Pública.* 7(2) ,157-165.
- Amutio, A., Ayestaran, S. y Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.*24 (2), 235-252.
- Anderson, C. y Bushman, B. (2002). Human Aggression .*Annual Review Psychology.* 53, 27-51.
- Andrés Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la Violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo.* 28(3)157-173.
- Andrés-Pueyo A., Pérez, M., Gallardo, D. y García C. (s.f). Evaluación y medida de la agresión.la agresividad y la violencia. Universidad de Barcelona. Acceso el 25 de marzo de 2012.Disponible en:http://www.ub.edu/geav/contenidos/vínculos/publicaciones1_6/publicac_pdf/1_9%20%Andrés%20.
- Andreu, J., Peña, M. y Graña, J. (2001). Agresividad y aceptabilidad de la agresión en jóvenes y adolescentes de ambos sexos. *Ciencias y Salud.* 12(2) ,271-284.
- Andreu, J., Peña, M. y Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema.* 14 (2)476-482.
- Archer, J. y Coyne, S. (2005). An Integrated Review of Indirect, Relational, and Social Aggression. *Personality and Social Psychology Review.*9 (3), 212-230.
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L., Vázquez, J. y Salas, J. (2010). Afrontamiento y síndrome de burnout; un estudio de validez cruzada en dos instituciones de salud.3er Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el trabajo14 al 16 de octubre de 2010.Acceso el 2 de abril de 2012. Disponible en <http://www.factorpsicosociales.com/tercerforo>.
- Ayala, R., Pérez, M. y Obando, I. Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de enfermería. *Enfermería global.* 18, 1-13.
- Ayuso, J. Biología de la conducta agresiva. (1999).*Salud Mental.* (Número especial), 29-36.

- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*. 20 (2), 117-187.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G., Pastorelli, C. y Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*. 24 (1), 55-61.
- Barra-Almagia, E. (2009). Influencia del estrés y el ánimo depresivo sobre la salud adolescente: Análisis concurrente y prospectivo. *Univ. Psicho*. 8 (1), 173-182.
- Barraza, A. (2007). Estrés académico: Un estado de la cuestión. *Revista Psicológica Científica*. 9 (2):1-13. . Acceso el 25 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-232-1-estres-academico-un-estado-de-la-cuestion.html>
- Barraza, A. (2008). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia en grupos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 26(20), 270-289.
- Bernaldo de Quiroz, M. y Labrador, F. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 4, 53-61.
- Buss, A. y Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63(3), 452-459.
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñero, I. y Freire, C. (2010). Escala de afrontamiento del estrés académico. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 1 (1), 51-64.
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñero, I. y González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*. 3 (1), 75-87.
- Campos, M. (2007). La relación psiconeural en el estrés o de las neuronas a la cognición social: una revisión empírica. *Rev. Investig. Psicol.* 10(1), 125-143
- Cano F, Rodríguez L, García J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 35(1):29-39.
- Carrasco, M. y González, M. (2006). Aspectos Conceptuales de la Agresión: definición y Modelos Explicativos. *Acción Psicológica*. 4(2), 7-38.

- Carver, Ch., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283.
- Castellano-Duran, R.D y Castellano-González, R. (2012). Perspectiva en el estudio y la violencia para América Latina: los otros son la amenaza. (En prensa).
- Castillo, M., (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Revista Psicogente*. 9(15), 166-170.
- Castrillón, D. y Vieco, F. (2002). Actitudes justificativas del comportamiento agresivo y violento en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia, 2001. *Rev. Fac. Salud Pública* 20(2) ,51-66.
- Castro, C., David, O. y Ortiz, L. (2011). Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(4), 223-246.
- Casuso, M.J. (2011) .Estudio del estrés, engagement y rendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Tesis doctoral, Universidad de Málaga, España.
- Chaux, E. (2003). Agresión reactiva, Agresión Instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales*. Junio (15), 47-58.
- Chico E (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12(2), 229-235.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema* .14 (3), 544-550.
- Cid, P., Díaz, A., Pérez, M., Torruella, M. y Valderrama, M. (2008). Agresión y Violencia en la Escuela como Factor de Riesgo del Aprendizaje Escolar. *Ciencia y Enfermería*.XIV (2), 21-30.
- Concha, A .y Krug, E. (2002). Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(4). Acceso el 15 de abril de 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
- Concha, A .y Krug, E. (2002). Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(4).Tomado de: <http://dx.doi.org> . Accedido el 15/04/2012.
- Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*. 2(2) ,311-319.

- Contreras, F., Espinosa, J. y Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Univ.Psychol.* 8 (2), 311-322.
- Contreras, F., Juárez, F. y Murrain, E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico.* 4(11), 29-44.
- Cornejo, M. y Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos de Humanidades.* 6(12), 143-153.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional de estrés. *Revista de terapia cognitiva conductual.* 18,1-6. Acceso el 30 de marzo de 2012.Disponible en: <http://revistacognitivoconductual.org>.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile .*Revista de Psicología.*29 (2) ,147-172.
- De la Fuente, J.R. y Heinze, G. (2011). Ciclo Vital y Salud Mental .En *Salud Mental y Medicina Psicológica.* (pp.55-67). 1era Edición. México: Mc.Graw-Hill Interamericana Editores.
- Diccionario de la real academia de española de la lengua, drae. Vigésima segunda edición, (En línea) (España).<http://buscon.rae.es/>
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático.*Interdisciplinaria.*21 (2),213-246.Acceso el 5 de marzo de 2012. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272004000200004&lng=es&nrm=iso>.
- Espinosa, J., Contreras, F. y Esguerra, G. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas. Perspectivas en psicología.*5 (1), 87-95.
- Estrada, O., Pérez, E. y Álvarez, M. (2010). Presentación de estímulos positivos como procedimiento para controlar la ansiedad en situaciones estresantes. *Apuntes de Psicología.* 28(2), 225-236.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación .*Enero-Abril. 342, 239-256.

- Feldman, L., Goncalve, L., Chacón, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*. 7(3), 739-751.
- Felipe, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10. (2), 245-257.
- Figueiredo, H., Grau, E., Gil, P y García, J. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*. 24 (2).271-276.
- Figuerola, M.I. y Cohen, S. (s.f). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. Acceso el 2 de abril de 2012. Disponible en <http://www.ninosount.com.ar/docs/Afrontamiento.doc>.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21(September), 219-239.
- Fontana, S. (2011). Estudio preliminar de las propiedades psicométricas de la escala de Desgaste Emocional para estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 3(2), 44-48.
- GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA, Caracas, lunes 23 de julio de 1973 Número 30.160 .EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA Ley del ejercicio del Bioanálisis. Acceso el 26 de marzo de 2012. Disponible en <http://web.laoriental.com/leyes/292-316/L295T0Cap1.htm>
- Gallardo, D., García, C., Maydeu, A. y Andrés, A. (2008). Genética de la violencia: ¿Nacemos violentos o nos hacemos violentos? *Interpsiquis*. Acceso el 2 de abril de 2012. Disponible en <http://www.psiquiatria.com>.
- Gallardo, D., Kramp, U., García, C., Pérez, M. y Andrés, A. (2006). Assessing aggressiveness quickly and efficiently: the Spanish adaptation of Aggression Questionnaire-Refined version. *European Psychiatry*. 2(2), 1-10.
- Gallardo-Pujol, D., Forero, C., Maydeu, A. y Andrés-Pueyo, A. (2009). Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente. *Rev Neurol*. 48 (4), 191-198.
- García –León, A., Reyes, G., Vila, J., Pérez, N., Robles, H. y Ramos, M. (2002). The aggression questionnaire: a validation study in Student samples. *The Spanish Journal of Psychology*. 5(1), 45-53.

- García, A. (2011). Efectos del estrés percibido y estrategias de aprendizaje cognitivo en el rendimiento académico en estudiantes universitarios nóveles de ciencias de la salud. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.
- García, C., Gallardo, D., Maydeu, A y Andrés A. (2009). Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsive aggression: An empirical approach using self-report measures. *Psychiatry Research* .168, 40-49.
- Gil, P., García, J. y Caro, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*. 42(1), 113-118.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural .*Información Psicológica*. 91-92 • (septiembre 07-abril 08), 4-11.
- Gómez, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 6(3), 581-597.
- González de Rivera, j., Morera, A. y Monterrey, A. (1989). El índice al estrés como modulador del efecto "sucesos vitales" en la disposición a la patología médica.*Psíquis*.10, 20-27
- González, M. y Landero, R. (2008). Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*. 10(4), 402-410.
- González, M., y Landero, R. (2007). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*. 23(2), 253-257.
- González, R., Fernández, R., González, L. y Freire, C. (2010). Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Fisioterapia*. 32(4), 151-158.
- González, R., González, P. y Feire, C. (2009). El afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud. Diferencias entre hombres y mujeres. *Aula Abierta*. 37(2), 3-10.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 14(2), 363-368.
- Grases, G., Trías, C., Sánchez, C. y Zárate J. (2010). Estudio del efecto del humor positivo como variable reductora del estrés y la ansiedad. Relación del humor con variables de personalidad y rendimiento. *Apuntes de Psicología*. 28(1), 143-163.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev. Esp. Salud Pública*, Madrid, v. 83, n. 2, abr. 2009. Acceso el 24 de mayo de 2012. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es&nrm=iso>.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. y Knebel, A. (2001). Relationship of personality Traits and Coping Strategies to Quality of Life with Alpha-1 Antitrypsin Deficiency. *Psychology, Health and Medicine*. 6, 335-441.
- Hernández, G., Olmedo, E. y Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4 (2), 323-336.
- Herrera, V. y Guarino, L. Sensibilidad emocional, estrés y salud percibida en cadetes navales venezolanos. *Univ. Psychol.* [online]. 2008, 7(1), 185-198. Acceso el 20 de abril de 2012. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-9267.
- Hogg, M. y Vaughan, G. (2008). La agresión En *Psicología social*. (pp. 444-484). 5ta Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez, L. (2010). Estrés en estudiantes de farmacia de la Universidad de Costa Rica. *Actualidades Investigativas en Educación*. 10 (2), 1-29.
- Kamphuis, J., Meerlo, P., Koothaas, J. y Lancel M. (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Medicine*. 13, 327-334.
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*. 55, 234-247.
- Lazarus, R. (2003). The Lazarus Manifesto for Positive Psychology and Psychology in General. *Psychological Inquiry*. 14(2), 173-189.
- Lazarus, R. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and coping. *Journal of Personality*. 74(1), 9-46.
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A. y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con los estilos de vida. *Pensamiento Psicológico*. 5 (12), 71-87.

- López, A., Kasanzew, A. y López, M. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. *Cienc Psicol.* 1 (2), 179:188.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J y Lizasoain, I. (1998). Drogodependencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Marín, H., Franco, A., Vinaccia, S., Tobón, S. y Sandín B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica.* 15 (1), 217-239.
- Martín, I. M. (2007) Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología.* 25(1), 87-99
- Martín, J. (2007). Televisión y violencia. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 39(2), 327-349.
- Martín, M., Jiménez, M. y Fernández –Abascal, E. (s.f). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E³A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción.* 3(4), 1-19. Acceso 2 de abril de 2012. Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/agarced4960806100/texto.html>.
- Martínez, A., Reyes, G., García, A .y González, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema.* 18 (1), 66-72.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 52 (1), 397-422.
- Miró, E., Martínez, P. y Arraiza, R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo depresivo. *Salud Mental.* 29 (2), 30-37.
- Moreno, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés.* 7(1), 69-78.
- Moya, L. y Salvador, A. Respuesta cardíaca y electrodérmica ante estresores de laboratorio. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción.* 4 (5-6). Acceso el 27 de marzo de 2012. Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/amoyal1712308100/texto.html>
- Moya, L., Serrano, M., González, E., Rodríguez, G. y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema.* 17(2), 205-211.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista educación.* 33 (2), 171-190.

- Olivares, V. y Gil, P. (2009). Análisis de la principales fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia y Trabajo*. 11(33), 160-167. Julio/Septiembre. Acceso el 20 de marzo de 2012. Disponible en [www.ciencia y trabajo](http://www.ciencia-y-trabajo.com).
- OMS.(2012) Acceso el 30 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (Documento588 WHO/PHA) Washington, 2003.
- Peralta, M., Robles, H., Navarrete, N y Jiménez, J. (2009). Aplicación de la Terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*. 32(3), 251-258.
- Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J. y Márquez B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*. 14 Julio-Septiembre, 31-37.
- Piemontesi, S. y Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de psicología*. 25(1), 102-111.
- Polo, A., Hernández, J. y Poza, C. (s.f). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. Acceso el 5 de marzo de 2012. Disponible en www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf.
- Poo, A. y Vizcarra, M. (2008). Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios. *Terapia Psicológica* .26 (1), 81-88.
- Poveda J. Locura y Creatividad. (1981) Introducción a la Psicopatología. 1era edición. Editorial Alhambra, España.
- Preciado-Serrado, M. y Vázquez-Goñi, J. (2010). Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Rev.Chil Neuro-Psiquiat*. 48(1), 11-19.
- Pulido, M., Serrano, M., Valdés, E., Chávez, M., Hidalgo, P. y Vera, F. (2011). El estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 21(1) ,31-37.
- Quevedo-Blasco, V. y Quevedo-Blasco, R. (2011). Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11. (1), 49-65.

- Quintana, A., Montgomery, W. y Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de investigación en psicología*. 12(1), 153-171.
- Ramírez, J., Andreu, J., y Fujihara, T. (2001). Cultural and sex differences in aggression: comparison between Japanese and Spanish Students using two different inventories. *Aggressive behavior*. 27, 313-322.
- Redondo, S. y Andrés, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*. 28(3), 147-156.
- Reyna, C., Lello, M., Sánchez, A. y Brussino, S. (2011). The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Construct validity and gender invariance among Argentinean adolescents. *International Journal of Psychological Research*. 4(2), 30-37.
- Ríos, M., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 19(4), 169-178.
- Rivas, S. (2010). Estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela 2009-2010. Trabajo de suficiencia investigadora. Tesis no publicada. Universidad de Los Andes. Venezuela.
- Rodríguez, G. (1997). Efectos de un plan de técnicas de estudio en los estudiantes del primer semestre de la escuela de Enfermería. Universidad Occidental Lisandro Alvarado. Acceso el 01 de abril de 2012. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TW4.DV4R637G.pdf>.
- Rodríguez, G. y Alvarado, M. (2002). Efectos de un plan de técnicas de afrontamiento del estrés sobre la internalidad y los hábitos y técnicas de estudio. *Boletín Médico de Postgrado*. 18(2), 71-79. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Venezuela.
- Rodríguez, M. (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, España
- Román, C. y Hernández, Y. (2011). El estrés académico: una revisión crítica del concepto desde las ciencias de la educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(2), 1-14. Acceso el 5 de abril de 2012. Disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>.
- Rosas, S. y León, Y. (2006). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en el personal de enfermería del Hospital General de Pachuca. *Revista Electrónica de Psicología*. Marzo. 2, 83-105.
- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*. 21 (1), 170-180.

- Salas, A. (2010). Estrategias de afrontamiento ante el estrés en los estudiantes de odontología Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela 2010. Trabajo de suficiencia investigadora. Universidad de Los Andes .Venezuela.
- Salazar, I., Varela, M., Lema, L., Tamayo, J. y Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Rev .Salud Pública*. 12(4), 599-611.
- Saldívar, G., Ramos, L. y Saltijeral, M. (2004). Validación de las escalas de aceptación de la violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 27(6), 40-49.
- Saldívar, G., Ramos, L. y Saltijeral, M. (2004). Validación de las escalas de aceptación de la violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 27(6), 40-49.
- Samper, P., Tur, A., Mestre, V. y Cortés, M. (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal and Psychological Therapy*. 8 (3), 431-440.
- Sánchez, J. y Román, F. (2004). Amígdala, Corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional .*Anales de Psicología*. 20(2), 223-240.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3(1) ,141-167.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8 (1), 39-54
- Selye, H. (1936). Thymus and Adrenals in the Response of the Organism to Injuries and Intoxications. *The British Journal Experimental Pathology*. 17(3), 234–248
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. (5ta edición).México, D.F .Thomson Editores
- Sierra, J. y Gutiérrez, J. (2007). Validación de la versión española del cuestionario de agresión de Buss-Perry en estudiantes universitarios salvadoreños .*Psicología y Salud*. 17(1), 103-113.
- Sierra, J., Jiménez, C. y Martín, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental*.25 (6), 35-43.
- Solis, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 7(1), 33-39.

- Sommantico, M., Osorio, M., Parello, S., De Rosa, B. y Donizzetti, A. (2008). Validación de la versión italiana del cuestionario de agresión (AQ) en el sur de Italia. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 11 (4), 28-42.
- Ticona, S., Paucar, G. y Llerena, G. (2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería- UNAS. Arequipa. 2006. *Enfermería Global*. Junio. 19.
- Torregrosa, M., Inglés, C., Estévez, E., Musitu, G. y García J. (2011). Evaluación de la conducta violenta en la adolescencia: Revisión de cuestionarios, inventarios y escalas en población española. *Aula Abierta*. 39 (1), 37-50.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J.M. (2000). Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Viñas, F. y Chaparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*. 4 (1) Enero. Acceso el 20 de marzo de 2012. Disponible en <http://www.psicologia.com>.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. y Olson, J. (2002). Agresión: el daño a otros. En *Psicología Social*. (pp. 301-333) México, D.F.: Thomson Editores.
- Zabalegui, A., Vidal, A., Soler, D. y Latre, E. (2002). Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enfermería Clínica*. 12 (1), 29-38.

Anexos

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOANALISIS
ESCUELA DE BIOANALISIS

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.-Mediante la firma de éste documento doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando la Lcda. Yajaira Hernández. Con el propósito de evaluar las Estrategias de Afrontamiento y la Agresividad en estudiantes de la Escuela de Bioanálisis de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes.

2.- Entiendo que el instrumento descrito en el párrafo uno (1) no involucran ningún riesgo o malestar para mí o mi salud.

3.- Entiendo que este instrumento es anónimo y se garantiza la confidencialidad de los datos que se obtengan y que el investigador acepta que esta información solo será utilizada para la presente investigación. Además afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación.

Nota: Amigo estudiante (a): al firmar usted está decidiendo participar de manera voluntaria en este proyecto de investigación.

Firma Voluntario

Firma del Investigador

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Responda a las siguientes afirmaciones basándose en cómo manejó usted esa situación. Lea cada frase y marque con el número que corresponda según lo que hizo en cada situación.

0 = Para Nada 1 = Un poco 2 = Medianamente 3 = Mucho 4 = Totalmente

1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mi mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiese empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar demasiado en ello	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna forma terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío así que tenía que asumir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o a un familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
41	Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

AQ-R

(Bryant y Smith, 2001)

Adaptación de Gallardo-Pujol, Kramp, García-Forero, Pérez-Ramírez y Andrés-Pueyo (2006)
Versión Venezuela: Castellano y Castellano, 2009

Nuestro carácter es la forma habitual y cotidiana de pensar, sentir y reaccionar. En este cuestionario aparecen unas frases que hacen referencia a nuestro carácter.

Por favor, conteste a todas las afirmaciones que se presentan a continuación escogiendo la respuesta que mejor se ajuste a su carácter. Para responder, marque con una X la casilla que corresponda a cada frase, según la escala siguiente:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

POR FAVOR, RECUERDE QUE HA DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre y apellidos: _____

(Sólo si se le indica)

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad: años

	A mi me pasa que	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	...me doy cuenta que estoy en desacuerdo con los demás					
2.	...siento que la vida me ha tratado mal					
3.	...he amenazado a personas que conozco					
4.	...me pregunto porque me siento tan amargado(a)					
5.	...tengo problemas para controlar mi mal carácter y/o mal genio					
6.	...mis amigos/as dicen que soy discutiador(a)					
7.	...me pongo bravo(a) rápidamente aunque se me pasa rápido					
8.	...si me provocan mucho puedo llegar a golpear/pegar a cualquiera					
9.	...no puedo evitar discutir con los que no están de acuerdo conmigo					
10.	...creo que siempre son los otros los que consiguen las mejores oportunidades					
11.	...hay personas que me hacen poner bravo(a) tanto que llegaríamos a los puños/manos					
12.	...me pongo muy bravo(a) sin ninguna razón aparente					

